



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**NATALY ISABELLE PESSOA DA SILVA PINTO**

**A EXPANSÃO DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E O ATENDIMENTO DE  
ADOLESCENTES: RETROCESSOS E DESAFIOS NA REALIDADE BRASILEIRA**

**CAMPINA GRANDE  
2024**

NATALY ISABELLE PESSOA DA SILVA PINTO

**A EXPANSÃO DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E O ATENDIMENTO DE  
ADOLESCENTES: RETROCESSOS E DESAFIOS NA REALIDADE BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

**Área de concentração:** Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

**Orientadora:** Profa. Dra. Terçália Suassuna Vaz Lira

**CAMPINA GRANDE**  
**2024**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

P659e Pinto, Nataly Isabelle Pessoa da Silva.

A expansão de comunidades terapêuticas e o atendimento de adolescentes : retrocessos e desafios na realidade brasileira [manuscrito] / Nataly Isabelle Pessoa da Silva Pinto. - 2024.

126 p. : il. colorido.

Digitado. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2024. "Orientação : Profa. Dra. Tercália Suassuna Vaz Lira, Departamento de Serviço Social - CCSA. "

1. Comunidades terapêuticas. 2. Adolescentes. 3. Saúde mental. 4. Drogas. I. Título

21. ed. CDD 362.7

NATALY ISABELLE PESSOA DA SILVA PINTO

A EXPANSÃO DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS E O ATENDIMENTO DE  
ADOLESCENTES: RETROCESSOS E DESAFIOS NA REALIDADE BRASILEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Serviço Social da  
Universidade Estadual da Paraíba, como  
requisito parcial à obtenção do título de  
Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social.

Aprovada em: 29/08/2024.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente



TERCÁLIA SUASSUNA VAZ LIRA  
Data: 23/09/2024 11:44:51 -0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

---

Profa. Dra. Terçália Suassuna Vaz Lira - Orientadora  
Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS/UEPB)

Valéria Nepomuceno Teles de Mendonça  
Profa. Dra. Valéria Nepomuceno Teles de Mendonça - Examinadora Externa  
Universidade Federal de Pernambuco (PPGSS/UFPE)

Tereza Cristina Ribeiro da Costa  
Profa. Dra. Tereza Cristina Ribeiro da Costa - Examinadora Externa  
Universidade Estadual da Paraíba (DSS/UEPB)

Documento assinado digitalmente  
 ALESSANDRA XIMENES DA SILVA  
Data: 23/09/2024 11:20:53 -0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

---

Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva - Examinadora Interna  
Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS/UEPB)

Aos defensores dos direitos humanos, dos direitos infanto-juvenis e aqueles engajados na luta antimanicomial, cuja dedicação e compromisso inspiram,  
**DEDICO.**

## AGRADECIMENTOS

Com este trabalho, encerro, com muita felicidade a minha jornada enquanto discente da Universidade Estadual da Paraíba. Há sete anos sou aluna desta instituição. Do Curso de Serviço Social iniciado em 2017 e logo em seguida, sem trégua, o mestrado acadêmico, a que apresento este trabalho neste momento. São tantas memórias e experiências ricas. Embora essa caminhada tenha sido minha, muitas pessoas contribuíram para que ela fosse possível. Quero registrar aqui meus agradecimentos a algumas destas.

Agradeço primeiramente à minha orientadora, a professora Terçália Suassuna, mulher forte que me acolheu ainda em 2018, como parte integrante do núcleo de pesquisa que é coordenadora (o NUPECIJ), e mais que isso, acreditou na minha capacidade de estar neste espaço. Sua dedicação, ética profissional e política, especialmente em prol dos direitos de crianças e adolescentes, é uma grande inspiração, obrigada por tudo.

Agradeço a todo o corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, que contribuiu significativamente para minha formação. Em especial, menciono a professora Alessandra Ximenes, que além de contribuir em sala de aula, participou das etapas de qualificação e defesa deste trabalho. Seu apoio foi fundamental, e a experiência de atividades e projetos que desenvolvemos juntas memoráveis.

Agradeço também às professoras Valéria Nepomuceno e Tereza Costa pela disponibilidade e valiosas contribuições nas bancas de qualificação e defesa. Tereza, especialmente, agradeço pela acolhida durante meu estágio docente na disciplina de Tópicos Especiais em Saúde Mental, no curso de Serviço Social, cujos conteúdos foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

Minha gratidão especial vai para minhas amigas Rita Larena e Yane Carla, verdadeiros presentes deste mestrado. A presença de vocês tornou os desafios dessa pós-graduação mais leves e os bons momentos, ainda melhores. Vocês sempre terão um lugar especial no meu coração.

Agradeço profundamente à minha família. Ao meu esposo Diego José, meu parceiro e suporte constante em todos os momentos desta trajetória acadêmica, meu muito obrigado, amo-te. À minha amada mãe, meu grande exemplo, agradeço por toda a ajuda e compreensão não só nestes dois anos, mas desde sempre, espero em

breve conseguir retribuir um pouco do tanto que você já fez por mim. Ao meu pai Rosenildo de Sousa e aos meus irmãos Franklin Pessoa e Filipe Pessoa, obrigado pelos momentos de alegria que também contribuíram para essa trajetória.

Finalmente, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), haja vista: *O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.* Esse apoio, possibilitou uma experiência acadêmica com um excelente aproveitamento. Espero que em um futuro próximo, todos os(as) pós-graduandos(as) deste país possam ter acesso a essa oportunidade, considerando os desafios dessa jornada.

À todos, meu muito obrigado!

“Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar.”

BERTOLT BRECHT, Nada é impossível de mudar.

## RESUMO

A presente dissertação apresenta os resultados de uma pesquisa que traçou como objetivo geral analisar o surgimento e a expansão das Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil e o atendimento de adolescentes nesses espaços. O estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica, foi consolidada a partir da revisão da literatura de nossas categorias de estudo: totalidade; campo da saúde mental, álcool e drogas; comunidades terapêuticas; e direitos de crianças e adolescentes. A pesquisa documental, envolveu a coleta e análise de documentos como legislações, regulamentos, notas técnicas, planos, relatórios e publicações institucionais. A pesquisa revela que o surgimento e a expansão das CTs estão imbricados na totalidade social, relacionando-se com a precarização dos serviços públicos no âmbito da saúde mental, álcool e drogas, que, por sua vez, reflete os limites do fundo público brasileiro, diante do ciclo do capital de uma economia dependente e periférica, da hegemonia do neoliberalismo e do recrudescimento do conservadorismo, que vem repercutindo no desfinanciamento das políticas sociais e logo, do SUS. Em relação ao atendimento de adolescentes nesses espaços, o estudo identifica a longevidade dessa prática, a oposição e resistência de órgãos como o CONANDA e de instituições defensoras da luta antimanicomial e dos direitos humanos. Além disso, o respaldo do Estado a esse fenômeno por meio da Resolução nº 03/2020, que conferiu legitimidade a essas práticas, as manifestações contrárias que emergiram no cenário nacional, bem como, a luta judicial contra a regulamentação desse fenômeno e os movimentos recentes sobre o mesmo, o que demonstra a atualidade das disputas em torno da temática. A análise revela que esse fenômeno é incompatível com os preceitos da Doutrina da Proteção Integral, que rege a jurisdição brasileira sobre os direitos de crianças e adolescentes, e expressa retrocessos no campo. Por fim, o estudo contribui para o Serviço Social, por promover uma reflexão crítica sobre essa temática, central para os(as) assistentes sociais, profissionais da saúde comprometidos(as) com a defesa dos direitos humanos, e por evidenciar o atendimento de adolescentes em CTs, desnaturizando a precarização da atenção a adolescentes usuários(as) de substâncias psicoativas.

**Palavras-chave:** comunidades terapêuticas; adolescentes; saúde mental; drogas.

## ABSTRACT

This dissertation presents the results of a research that had the general objective of analyzing the emergence and expansion of Therapeutic Communities (TCs) in Brazil and the care of adolescents in these spaces. The study was developed through bibliographic and documentary research. The bibliographical research was consolidated from the literature review of our study categories: totality; field of mental health, alcohol and drugs; therapeutic communities; and rights of children and adolescents. Documentary research involved the collection and analysis of documents such as legislation, regulations, technical notes, plans, reports and institutional publications. The research reveals that the emergence and expansion of TCs are intertwined with the social totality, relating to the precariousness of public services in the field of mental health, alcohol and drugs, which, in turn, reflects the limits of the Brazilian public fund, in the face of the capital cycle of a dependent and peripheral economy, the hegemony of neoliberalism and the resurgence of conservatism, which has had repercussions on the defunding of social policies and, therefore, the SUS. In relation to the care of adolescents in these spaces, the study identifies the longevity of this practice, the opposition and resistance of bodies such as CONANDA and institutions that defend the anti-asylum struggle and human rights. Furthermore, the State's support for this phenomenon through Resolution No. 03/2020, which gave legitimacy to these practices, the contrary demonstrations that emerged on the national scene, as well as the judicial fight against the regulation of this phenomenon and the recent movements about the same, which demonstrates the current nature of the disputes surrounding the topic. The analysis reveals that this phenomenon is incompatible with the precepts of the Comprehensive Protection Doctrine, which governs Brazilian jurisdiction over the rights of children and adolescents, and expresses setbacks in the field. Finally, the study contributes to Social Work, by promoting a critical reflection on this topic, central to social workers, health professionals committed to the defense of human rights, and by demonstrating care for adolescents in CTs, denaturalizing the precariousness of care for adolescents who use psychoactive substances.

**Keywords:** therapeutic communities; teenagers; mental health; drugs.

## **LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E FIGURAS**

Quadro 1 – Instituições que tiveram seus sites acessados no decorrer da pesquisa.....	18
Quadro 2 – Documentos utilizados na pesquisa .....	19
Quadro 3 Documentos utilizados na pesquisa sobre o atendimento de adolescentes em CTs.....	21
Gráfico 1 – Número e variação de CAPS habilitados, por ano (2010-2022).....	62
Gráfico 2 – Quantidade de CAPS habilitados, por tipo de serviço, 2010-2022....	63
Quadro 4 – Municípios habilitados a receberem CAPS x CAPS existentes.....	64
Figura 1 – Arrecadação tributária em 2021, em R\$ milhões.....	67
Figura 2 – Orçamento da saúde no Brasil (2003-2020).....	77
Figura 3 – Percentual de gastos com a saúde de países com sistemas universais de saúde, considerando o PIB.....	78
Figura 4 – Investimentos dos estados, municípios e da união em saúde, Brasil (2003-2020).....	78
Figura 5 – Renúncias tributárias na saúde em bilhões, Brasil (2003-2020).....	79
Figura 6 – Estimativa dos Gastos Federais do FNS com a PSM, Brasil (2001-2019).....	80
Quadro 5 – Composição das frentes parlamentares de apoio às CTs.....	83

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
AD	Álcool e Drogas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNPG	Conselho Nacional de Procuradores Gerais
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONAD	Conselho Nacional de Drogas
CONANDA	Conselho Nacional de Direitos de Crianças e Adolescentes
CT	Comunidade Terapêutica
DPU	Defensoria Pública da União
EC	Emenda Constitucional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IEPS	Instituto de Estudos para Política de Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Ampliada
MJ	Ministério da Justiça
MS	Ministério da Saúde
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RENILA	Rede Nacional Internúcleos
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SISNAD	Sistema Nacional de Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
PNAD	Política Nacional de Drogas
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	13
2	<b>SURGIMENTO E EXPANSÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL: retrocessos da reforma sanitária e psiquiátrica brasileira.....</b>	26
2.1	<b>Aspectos da gênese das Comunidades Terapêuticas no Brasil.....</b>	26
2.2	<b>O contexto de fundo do surgimento das Comunidades Terapêuticas no Brasil.....</b>	31
2.3	<b>A expansão das Comunidades Terapêuticas no Brasil em tempos de ampliação e de retrocesso das conquistas dos movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica Brasileira.....</b>	40
2.3.1	<b><i>Principais medidas entre os anos 2000 e 2010: criação de medidas sobre as CTs paralelas às conquistas do movimento de RPB.....</i></b>	44
2.3.2	<b><i>Principais medidas sobre as CTs entre os anos de 2010 e 2016: as CTs oficialmente no bojo das políticas públicas.....</i></b>	47
2.3.3	<b><i>Principais medidas sobre as CTs a partir de 2016: continuidade do fortalecimento das CTs em meio às contrarreformas das Políticas de Saúde Mental e Drogas .....</i></b>	49
2.4	<b>A incompatibilidade da estrutura das CTs com os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....</b>	56
3	<b>DETERMINANTES DO AVANÇO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL .....</b>	60
3.1	<b>Limites da ampliação dos serviços públicos no campo da saúde mental no Brasil: cenário perfeito para o avanço das CTs .....</b>	60
3.1.1	<b><i>Ciclo de acumulação do capital na economia dependente e problemáticas relativa a carga tributária brasileira e suas implicações nas políticas públicas de saúde.....</i></b>	65
3.1.2	<b><i>A hegemonia do neoliberalismo e seus efeitos sobre as políticas sociais.....</i></b>	68

<b>3.2</b>	<b>O conservadorismo no Brasil como quesito fundamental para a expansão das CTs.....</b>	<b>80</b>
<b>4</b>	<b>O ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES EM CTS: a política de crianças e adolescentes posta em cheque.....</b>	<b>85</b>
<b>4.1</b>	<b>A longa história do atendimento de adolescentes em CTs e as frequentes denúncias de violações de direitos.....</b>	<b>85</b>
<b>4.2</b>	<b>Primeiros sinais da regulamentação do atendimento de adolescentes em CTs, o posicionamento do CONANDA e a Resolução 03/2020 do CONAD.....</b>	<b>95</b>
<b>4.3</b>	<b>A repercussão da Resolução 03/2020: posicionamentos de conselhos ministeriais, conselhos profissionais e movimentos sociais.....</b>	<b>96</b>
<b>4.4</b>	<b>A luta pela constitucionalidade da regulamentação da Resolução nº 3/2020/CONAD.....</b>	<b>102</b>
<b>4.5</b>	<b>Movimentos recentes e o tensionamento político em torno do atendimento de adolescentes em CTs.....</b>	<b>111</b>
<b>4.6</b>	<b>O fenômeno do atendimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas: um retrocesso aos direitos infantojuvenis.....</b>	<b>113</b>
<b>5</b>	<b>APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS.....</b>	<b>116</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>119</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As Comunidades Terapêuticas - CTs, tratam-se de instituições não-governamentais que atendem pessoas que fazem uso intenso e indesejado de substâncias psicoativas. O pressuposto para o atendimento nesses espaços é a reclusão, seguido pela abstinência do uso das substâncias com foco total na sua suspensão. Atualmente, tais entidades encontram-se inseridas no centro das políticas públicas, recebendo inclusive incentivos do Estado para sua manutenção, como isenções fiscais e financiamento direto via editais de credenciamento.

Nas últimas décadas, tais entidades têm se expandido no território brasileiro. Segundo a Nota do IPEA Brasil (2017), a maior parte das CTs existentes foram criadas a partir dos anos 90. Essa expansão tem sido acompanhada por um crescimento de incentivos do Estado brasileiro para essas entidades. O CONECTAS; CEBRAPA (2017), apresenta a estimativa de que entre 2017 e 2020, houve o aumento de 109% nos valores transferidos pelo governo federal às CTs para o financiamento de vagas destinadas ao atendimento de pessoas usuárias de psicoativos de modo intenso e involuntário. De acordo com o estudo, em 2017, o pagamento efetivamente realizado pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), foi de R\$44.279.350, passando para R\$105.216.538 milhões de reais correntes em 2020.

Essa expansão das CTs e sua condição de centralidade no âmbito das políticas públicas, atrelada a incentivos do Estado, é marcada, entretanto, por tensões. Há uma forte resistência de setores da sociedade comprometidos com a luta antimanicomial à existência das CTs e a esse suporte que vem sendo dado pelo Estado através dos recursos públicos. Na base da resistência, está a característica basilar das CTs que é a reclusão das pessoas atendidas como pressuposto ao atendimento, o que se distancia, dos preceitos do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro que pôs como eixo central do cuidado em saúde mental, a atenção em serviços de base comunitária. Outro ponto, trata-se das sérias notificações de violações de direitos humanos em Comunidades Terapêuticas identificados em inspeções realizadas no país, como é o caso dos relatórios CFP (2011) e CFP; MNPCT (2017).

A nota Brasil (2017), revela também, o atendimento de adolescentes nesses espaços. No entanto, apesar deste ser um fenômeno relevante, haja vista que em nosso país temos uma das legislações mais avançadas no que concerne à proteção

aos direitos de crianças e adolescentes, sob o prisma da doutrina da proteção integral inscrita na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, este foi pouco explorado.

Numa consulta ao banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, por exemplo, de 92 teses e dissertações que discutem sobre Comunidades Terapêuticas, nenhuma delas abordou diretamente o atendimento de adolescentes nesses espaços.

Na presente dissertação, apresentamos os resultados de uma pesquisa, que teve o intuito de realizar uma aproximação mais contundente a estes dois fenômenos supracitados, a expansão das CTs no país, enquanto entidades não governamentais e objeto de contundentes críticas de diversos setores sociais, e o atendimento de adolescentes nesses espaços. Logo, foi posto como objetivo geral: analisar o surgimento e a expansão das Comunidades Terapêuticas no Brasil, bem como o fenômeno do atendimento de adolescentes nesses espaços.

Os objetivos específicos com vistas a alcançar esse geral foram os seguintes: 1) Desvelar a conjuntura política, econômica, social e cultural do Brasil no contexto de surgimento e expansão das CTs, dando ênfase a condição do campo da saúde mental, álcool e drogas; 2) Levantar os principais documentos formulados pelo Estado que tratam das CTs; 3) Investigar nos relatórios existentes sobre as CTs informações sobre o atendimento de adolescentes nesses espaços; 4) Investigar, publicações de atores sociais relacionados ao campo da saúde mental, álcool e drogas e da política infanto-juvenil, que tratam do fenômeno do atendimento de adolescentes em CTs.

Os objetivos supracitados, foram construídos a partir de hipóteses sobre o objeto de estudo, no que se refere a ideia de que, o surgimento e o avanço das CTs no Brasil teriam relação com um baixo número de serviços públicos para atender a demanda relativa ao uso intenso e indesejado de psicoativos, como consequência dos sucessivos cortes sobre os gastos sociais, que é algo recorrente no Brasil.

Por isso, decidimos investigar mais atentamente a conjuntura brasileira, com foco no atual cenário de contrarreformas e seus reflexos no campo da saúde mental, álcool e drogas. Cenário que também se insere e se faz implicado, crianças e adolescentes. Nesse processo de reflexão, uma nova preocupação se manifestou: o atendimento de adolescentes nessas comunidades estaria sendo monitorado e avaliado por organizações que fazem municiamento da implementação de direitos de crianças e adolescentes? Daí nossa decisão em investigar publicações de atores

sociais sobre o tema, que poderiam contribuir para nossa análise sobre esse fenômeno.

Cabe destacar que, a princípio, esta não era nossa proposta de pesquisa. Apresentamos no ato de inscrição no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UEPB - PPGSS/UEPB, um projeto que trazia como objetivo a análise do sistema socioeducativo brasileiro, com ênfase no acompanhamento de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, dando continuidade, aos estudos realizados na construção do nosso Trabalho de Conclusão de Curso da graduação em Serviço Social apresentado no ano de 2022 ao Departamento de Serviço Social da UEPB – DSS/UEPB.<sup>1</sup>

Entretanto, durante o processo de formação do mestrado, após pagamento de disciplinas/créditos e dos encontros com a orientadora, resolvemos mudar a rota dos nossos estudos e tratar não mais do sistema socioeducativo, mas, emergir no debate acerca da saúde mental, álcool e outras drogas, em que se insere as Comunidades Terapêuticas, ainda que seguindo a mesma interface dos estudos anteriores: o foco na defesa da proteção integral de adolescentes.

Uma questão fundamental da seleção deste campo, e que demarcou o nosso interesse pelo tema - além da expansão contundente das CTs nos últimos anos e a inexistência de estudos sobre o fenômeno do atendimento de adolescentes nesses espaços, aqui já mencionado - tratou-se da nossa experiência profissional em um Centro de Referência Especializado de Atendimento à População em Situação de Rua – CENTRO-POP, no município de Campina Grande/PB na qualidade de Educadora Social, entre os anos de 2020 e 2022.

A experiência no CENTRO-POP, marcou nossa primeira aproximação com o tema das Comunidades Terapêuticas, quando no cotidiano do trabalho, presenciamos relatos de usuários(as) do serviço sobre a estadia em Comunidades Terapêuticas, em que enfatizavam, a precariedade das estruturas que foram acolhidos(as) e da dominância nestas do apelo religioso na abordagem sobre o consumo de psicoativos, o que despertou em nós o interesse de conhecer melhor essas instituições.

---

<sup>1</sup> PINTO, Nataly Isabelle Pessoa da Silva. Ato infracional e medidas socioeducativas: uma análise da operacionalização das medidas socioeducativas de liberdade assistida no município de Campina Grande. 2022. 96f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2022. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/25969>.

O recorte de investigar o atendimento de adolescentes nestes espaços, se dá diante do nosso compromisso com a defesa intransigente dos direitos humanos e sociais da população infanto-juvenil, compromisso influenciado, sobretudo, pelas experiências acadêmicas de pesquisa e de extensão no Núcleo de Estudos Pesquisas e Extensão Comunitária Infanto-Juvenil – NUPECIJ do DSS/UEPB, no qual, estamos inseridas desde 2017. Nossa trajetória no Núcleo foi marcada por participação em pesquisas e atividades extensionistas acerca da temática da infância e adolescência.

Nos anos de 2018 e 2019, participamos na qualidade de pesquisadora bolsista pelo Programa de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC da UEPB, dos respectivos estudos: “A CONJUNTURA POLÍTICA ATUAL E SUAS IMPLICAÇÕES À INFÂNCIA” e “AS MEDIDAS DO GOVERNO BOLSONARO NO ENFRENTAMENTO Á VIOLÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES À POPULAÇÃO INFANTO-JUVENIL”, no ano de 2020, participamos enquanto pesquisadora voluntária da pesquisa: “A PROTEÇÃO SOCIAL À INFÂNCIA EM TEMPOS DE PANDEMIA: O ISOLAMENTO SOCIAL E SUAS IMPLICAÇÕES”, e mais recentemente, em 2023, participamos na qualidade de voluntária, do projeto de extensão: “NEOLIBERALISMO E CRIMINALIZAÇÃO DA POBREZA: IMPLICAÇÕES NA PROTEÇÃO SOCIAL À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO BRASIL”.

As reflexões no âmbito do NUPECIJ, possibilitaram nossa compreensão do longo processo de construção dos direitos de crianças e adolescentes, no qual, foi possível apreender que inegavelmente as legislações contemporâneas erguidas mediante as movimentações populares da década de 80/90 trouxeram uma nova forma de tratamento a população infanto-juvenil, em especial através do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei 8.069 de julho de 1990) na construção de um novo paradigma, articulado ao compromisso com os direitos humanos, que mesmo não rompendo com toda a cultura menorista que há muito foi aderida e afincada na sociedade brasileira, representou um avanço para a população infanto-juvenil, colocando estes enquanto sujeitos de direitos, e que embora estejam estabelecidas formalmente, muitos são os desafios para a implementação de um tratamento que garanta a proteção integral da população infanto-juvenil, sendo o atual cenário de crise capitalista o detonador desses desafios.

Retornando a apresentação do presente trabalho, destacamos que o estudo acerca das CTs e do atendimento de adolescentes nesses espaços foi conduzido mediante pesquisa bibliográfica e documental.

A pesquisa bibliográfica se consolidou a partir da revisão de literatura em livros, artigos acadêmicos, teses e dissertações que tratavam das nossas categorias centrais de estudo, tais quais: totalidade; campo de saúde mental, álcool e drogas; comunidades terapêuticas e direitos de crianças e adolescentes. A nossa base de dados concentrou-se em sites eletrônicos de revistas e o Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, os quais foram utilizados para identificar as publicações mais relevantes.

Como principais bibliografias apropriadas sobre a totalidade destacam-se, Netto (2014), Salvador (2012;2024), Salvador; Ribeiro (2023), Harvey (2008), Dardot; Laval (2016), Granemann (2012), Behring (2003; 2021), Oliveira (2010), Cislaghi (2021) e Souza (2020). Sobre as CTs, nos aproximamos de trabalhos como os de Lima (2016), Cavalcante (2019), Resende (2021) e Doudement;Conceição (2018). No que se refere ao campo da saúde e da saúde mental, nos apropriamos de estudos como os de Amarante (1998), Paim (2008; 2015), Soares (2020), Costa (2016), Brites (2017), Passarinho (2022) e Costa (2022) e em relação aos direitos de crianças e adolescentes, materiais como os de Ariès (1985), Rizzini (2020), Rizzini e Pilotti (2011) e Priore (2020).

A pesquisa documental envolveu o contato e análise de documentos. Entre os principais documentos analisados, destacam-se legislações, regulamentos, notas técnicas, planos nacionais, relatórios técnicos e publicações institucionais, indispensáveis para a aproximação acerca do surgimento e da expansão das CTs e sobretudo do atendimento de adolescentes nesses espaços.

As fontes de acesso aos documentos foram predominantemente sites oficiais de instituições, tais quais, ministérios do governo federal e seus respectivos conselhos; conselhos profissionais de trabalhadores atuantes no campo da saúde e da saúde mental e de movimentos sociais relevantes a nível nacional que são comprometidos com a luta antimanicomial. No quadro abaixo, listamos as instituições que tiveram seus sites acessados. Identificamos os documentos a partir do uso das palavras-chaves “comunidades terapêuticas” e “atendimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas” na base de buscas dos endereços eletrônicos.

**Quadro 1 – Instituições que tiveram seus sites acessados no decorrer da pesquisa**

<b>TIPO</b>	<b>NOME</b>
Órgão do governo	Ministério Nacional de Saúde;
Órgão do governo	Conselho Nacional de Saúde – CNS;
Órgão do governo	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome;
Órgão do governo	Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS;
Órgão do governo	Ministério Nacional de Justiça e Segurança Pública;
Órgão do governo	Conselho Nacional de Drogas – CONAD;
Órgão do governo	Conselho Nacional de Direitos de Crianças e Adolescentes – CONANDA;
Conselho profissional	Conselho Federal de Serviço Social – CFESS;
Conselho profissional	Conselho Federal de Psicologia – CFP;
Conselho profissional	Conselho Federal de Enfermagem – COFEN;
Movimento social	Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME
Movimento Social	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
Movimento social	Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial – RENILA

Fonte: Elaboração própria. Solicitamos documentos via SIC apenas ao CONANDA e ao CONAD

Sobre os documentos utilizados no estudo, podemos dividi-los em dois quadros. No quadro 2, apresentamos os documentos que contribuíram para uma aproximação às nossas categorias de estudo, especialmente comunidades terapêuticas e campo da saúde mental, álcool e drogas.

**Quadro 2 - Documentos utilizados na pesquisa**

Nº	TÍTULO	ANO	ÓRGÃO	TIPO	RELEVÂNCIA AO ESTUDO
1	Lei nº 8.069	1990	Congresso Nacional	Legislação	Marco dos direitos de crianças e adolescentes no Brasil
2	Lei nº 10.216	2001	Congresso Nacional	Legislação	Marco importante para a regulamentação do campo da saúde mental no Brasil
3	Resolução nº 101	2001	Ministério da Saúde/ANVISA	Regulamento	Marco importante para a regulamentação do funcionamento das CTs no Brasil
4	Portaria nº 336	2002	Ministério da Saúde	Regulamento	Marco importante na saúde mental, estabelece os CAPS
5	Portaria nº 816	2002	Ministério da Saúde	Regulamento	Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada ao usuário de Álcool e outras drogas
6	Lei nº 11.343	2006	Congresso Nacional	Legislação	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD
7	Portaria nº 3.088	2011	Ministério da Saúde	Regulamento	Instituiu a RAPS e também reconheceu as CTs ao campo da saúde mental
8	Resolução nº 1	2015	Ministério da Justiça/CONAD	Regulamento	Regulamentou as CTs no SISNAD
9	Perfil das Comunidades Terapêuticas brasileiras: Nota Técnica		IPEA	Nota Técnica	Apresenta informações sobre as CTs no Brasil

	nº21				
10	Resolução nº 32	2017	Ministério da Saúde	Regulamento	Alterou a RAPS, incluindo e reconhecendo novos componentes/serviços, entre os quais, os CAPS AD IV, Hospitais Dia e Hospitais Psiquiátricos Especializados.
11	Portaria nº 3.588	2017	Ministério da Saúde	Regulamento	Regulamentou e detalhou aspectos relacionados aos novos componentes da RAPS, referenciando questões como, financiamento, critérios de habilitação, diretrizes clínicas,
12	Resolução nº 1	2018	Ministério da Justiça/ CONAD	Regulamento	Trouxe novas diretrizes a PNAD, expressão contundente da contrarreforma
13	Nota Técnica nº 11/2019	2019	Ministério da Saúde	Nota Técnica	Resumo das justificativas do Ministério da Saúde sobre as medidas de contrarreforma
14	Plano Nacional de Políticas Sobre Drogas 2022-2027	2022	Ministério da Justiça/ CONAD	Plano Nacional	Apresenta a direção da Política sobre drogas e a ênfase nas CTs

15	Dados da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde	2022	Ministério da Saúde	Relatório técnico	Apresenta dados sobre os serviços da RAPS no Brasil
16	Gestão e Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro.	2022	IEPS; UMANE	Publicação institucional	Apresenta dados sobre o Sistema de Saúde no Brasil

Fonte: Elaboração própria

Já no quadro 3, estão listados os principais documentos que contribuíram para o desvelamento acerca do atendimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas. É relevante destacar, que os documentos abaixo foram as principais fontes utilizadas para a análise do fenômeno supracitado, haja vista, a ausência de bibliografias que tratam desse fenômeno.

**Quadro 3 – Documentos utilizados na pesquisa sobre o atendimento de adolescentes em CTs**

Nº	TÍTULO	ANO	ÓRGÃO	TIPO	RELEVÂNCIA AO ESTUDO
1	Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas	2011	CFP	Relatório	Apresenta informações sobre a dinâmica de funcionamento das CTs
2	Ofício nº 6006	2016	CONANDA	Ofício	Posicionamento do CONANDA sobre a previsão do CONAD de regulamentar sobre as CTs em 2016

3	Relatório da inspeção nacional em Comunidades Terapêuticas	2017	CFP	Relatório	Apresenta informações sobre a dinâmica de funcionamento das CTs
4	Resolução nº 03	jul./2020	CONAD	Regulamento	Medida do CONAD que regulamentou o atendimento de adolescentes em CTs
5	Nota Técnica ABRASME – Acolhimento de Adolescentes em Comunidades Terapêuticas	jul./2020	ABRASME	Nota técnica	Posicionamento sobre a atendimento de adolescentes em CTs
6	Carta de denúncia e repúdio ao CONAD pela regulamentação do acolhimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas	jul./ 2020	RENILA	Manifestação	Posicionamento sobre a atendimento de adolescentes em CTs
7	RECOMENDAÇÃO CONJUNTA Nº 001	ago./2020	CNS, CONANDA, CNDH	Recomendação	Posicionamento sobre a atendimento de adolescentes em CTs
8	Nota de repúdio à Resolução nº 3 de 2020 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad)	ago./2020	COFEN	Manifestação	Posicionamento sobre a atendimento de adolescentes em CTs
9	Nota do Conselho Federal de Psicologia sobre o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas	set./2020	CFP	Manifestação	Posicionamento sobre a atendimento de adolescentes em CTs

10	Posicionamento sobre a Resolução nº 3/2020, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)	nov./2020	CFP/ CRPs	Manifestação	Posicionamento sobre a atendimento de adolescentes em CTs
11	Pela proibição da internação de adolescentes em comunidades terapêuticas	ago./2021	ABRASCO	Manifestação	Posicionamento sobre a atendimento de adolescentes em CTs
12	Nota Técnica nº 09, de 06 de dezembro de 2021	dez./2021	MNPCT	Nota técnica	Posicionamento e análise sobre a atendimento de adolescentes em CTs
13	Processo Nº: 0813132-12.2021.4.05.8300 - Ação Civil Pública protocolada pela Defensoria Pública da União	set./ 2022	DPU	Processo judicial	Processo que apresenta sentença favorável a suspensão da medida 03/2020/CONAD
14	Nota Técnica nº 12/2022	dez./ 2022	CNPG	Nota técnica	Posicionamento sobre a atendimento de adolescentes em CTs
15	Resolução nº 249/2024	2024	CONANDA	Regulamento	Proíbe o atendimento de adolescentes em CTs
16	Resolução nº 10/2024	2024	CONAD	Regulamento	Suspende resolução 03/2020 do CONAD
17	Projeto de Decreto Legislativo nº 322/2024	2024	CROGRES SO NACIONAL	Normativa	Objetiva suspender a Resolução 249/2024 do CONANDA

Fonte: Elaboração própria

Cabe destacar, que alguns documentos deste último quadro foram alcançados a partir do contato direto com algumas instituições via Sistema Integrado de Informações ao Cidadão - SIC. Tratamos especificamente do documento Ofício nº 6006/2016/SEI/CONANDA/SNPDCA.

Diante do apresentado, a pesquisa realizada contém uma natureza exploratória, descriptiva e analítica, haja vista, buscamos investigar um campo ainda pouco estudado, especialmente no que se refere ao atendimento de adolescentes em CTs. Assim, nos propomos a descrever a conjuntura e as práticas das Comunidades terapêuticas, bem como as políticas e normativas que regulam e regulamentam o atendimento de adolescentes nesses espaços; e não menos importante, compreender e interpretar as relações e contradições do objeto de estudo dentro da conjuntura política, econômica, social e cultural brasileira.

Fundamentamos nossa análise no materialismo histórico-dialético, método revolucionário deixado por Marx, não na forma de uma “receita de bolo”, mas explicitado no modo pelo qual o autor construiu sua análise sobre o modo de produção capitalista e nas suas contribuições resultantes dos processos de crítica, especialmente a filosofia alemã e a dialética hegeliana, por meio do qual construiu o seu método de investigação e análise, que tem como categorias centrais: a historicidade, a contradição e a totalidade, a partir dos quais se propõem a construir mediações e aproximações sucessivas visando à apropriação do objeto.

A escolha por este método, se faz por assumirmos a defesa de que método crítico é o melhor caminho para tratar do nosso objeto de estudo, em concordância com a análise de Tonet (2013) de que este pode nos permitir a aproximação das principais determinações da realidade social, particularmente, nisto, as principais determinações acerca do avanço das Comunidades Terapêuticas no âmbito das Políticas de saúde mental, álcool e drogas no Brasil e o atendimento de crianças e adolescentes prestado por essas entidades. Entendendo que instituições, sejam estas de que natureza for, e para atender a que objetivos, surgem como demandas sociais determinadas pela totalidade da vida social, portanto, incidem sobre estas, determinações econômicas, políticas, sociais e culturais, que tem na historicidade e nas contradições que permeiam o desenvolvimento da vida em sociedade, em um país de economia periférica dependente, sua explicação.

Nesse sentido, pretendemos, ter a atitude investigativa de buscar os aspectos que materializam o avanço das Comunidades Terapêuticas e o atendimento a

adolescentes, entretanto, não pretendemos encerrar neste alcance, ao passo que, concordamos com a existência de uma aparência dialética que ao mesmo tempo pode revelar e/ou esconder a essência dos fenômenos, assim como bem adverte Tonet (2013), “[...] a captura do próprio objeto implica o pressuposto de que ele não se resume aos elementos empíricos, mas também, e principalmente, àqueles que constituem a sua essência.” (TONET, 2013, p.14) Trata-se de uma mobilização que frente o caráter científico, almeja a destruição do que Kosik (1976) identifica como a “pseudoconcreticidade”, no que se refere ao grau de conhecimento vulnerável típico da vida cotidiana.

Os resultados do processo investigativo se objetivam na dissertação de mestrado ora apresentada. A dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos. Além desta introdução que se trata do primeiro capítulo da obra, temos o capítulo II, no qual apresentamos os achados acerca do surgimento e da expansão das CTs no Brasil. No capítulo III, aprofundamos importantes achados da pesquisa, ainda sobre o avanço das CTs no Brasil, que são as determinações dessa expansão. No capítulo IV apresentamos os nossos achados acerca do fenômeno do atendimento de adolescentes em CTs, e por fim no capítulo V apresentamos nossas aproximações conclusivas acerca da pesquisa desenvolvida.

## **2 SURGIMENTO E EXPANSÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL: retrocessos da reforma sanitária e psiquiátrica brasileira**

### **2.1 Aspectos da gênese das Comunidades Terapêuticas no Brasil**

No Brasil as Comunidades Terapêuticas se apresentam como um modelo de atendimento voltado a pessoas que fazem uso intenso e indesejado de substâncias psicoativas. A pesquisa mais recente sobre tais entidades a nível nacional é a da Nota do IPEA<sup>2</sup> em Brasil (2017), que identificou no país a existência de 1950 CTs, disponibilizando 83.600 vagas. Tais entidades estão instaladas nos diferentes Estados da Federação, no entanto destaca-se uma concentração maior de entidades nas regiões Sul e Sudeste, respectivamente nos estados do Rio Grande do Sul e São Paulo.

De modo geral, as CTs são espaços que focam na abstinência do uso de psicoativos pelas pessoas atendidas. Como principais estratégias, destacam-se a reclusão das pessoas da convivência familiar e comunitária para uma vivência em pares. Além disso, como ferramentas consideradas terapêuticas pela CTs, há a prevalência de atividades de cunho religioso, haja vista que muitas dessas instituições têm relação direta com organizações religiosas. Conforme o Brasil (2017), prevalecem entidades que têm relação com igrejas de matriz cristã. De modo mais específico, 41% seguem orientação pentecostal, 25,7% religião católica.

Em nossa realidade, os primeiros registros de Comunidades Terapêuticas, datam dos anos finais da década de 60. Entretanto, numa aproximação à gênese dessas instituições, nos deparamos com uma origem fincada em meados do século XX, no atendimento não de pessoas usuárias de psicoativos como se apresenta em nossa realidade, mais sim, no atendimento aos “loucos”.

Amarante (1998), aponta que as CTs surgem como uma alternativa de modelo de psiquiatria, expressando uma modalidade alternativa aos modelos de psiquiatria reinantes na realidade britânica, que eram os hospitais psiquiátricos. Tais entidades emergem no contexto pós-segunda guerra mundial, palco, entre outras questões, do

---

<sup>2</sup> Trata-se de um estudo solicitado em 2014 pela Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, e realizado entre os anos de 2015-2016, se constituindo por meio de um survey junto a uma amostra de quinhentas unidades, extraída de um cadastro elaborado em 2009, 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). (IPEA, 2017)

avanço do questionamento acerca das políticas psiquiátricas no trato do “[...] papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico [...]” (Amarante, 1998, p.27).

As Comunidades Terapêuticas se apresentaram neste contexto, enquanto uma proposta reformista do âmbito asilar, “[...] restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar” (Amarante, 1998, p.28). Conforme o autor, o marco inicial destas instituições remonta a 1946, quando T.H Main, em colaboração com Bion e Reichman, desenvolveu um trabalho no Mountfield Hospital, em Birmingham – Inglaterra, denominando-o como “comunidades terapêuticas”.

Contudo, apenas na década seguinte, em 1956, é que temos de fato a consolidação do termo “Comunidades Terapêuticas” através do psiquiatra britânico Maxwell Jones, que delimitou sua definição com base em experiências realizadas em hospitais psiquiátricos. É destaque que tais experiências do psiquiatra, se constituíram influenciadas por práticas de outros atores, ocorridas nas décadas de 20 e 30, como Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichmann.

Amarante (1998), aponta que Jones, tornou-se o mais importante autor e operador prático da comunidade terapêutica:

Ao organizar, nos primeiros momentos da sua experiência, os internos em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades, objetiva o envolvimento do sujeito com sua própria terapia e com a dos demais [...] pauta-se na tentativa de “tratar grupos de pacientes como se fossem um único organismo psicológico”. Mais que isso, através da concepção de comunidade, procura-se desarticular a estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora [...] (Amarante, 1998, p.28).

Nesse sentido, acreditava-se, que esse movimento dinâmico dentro da CT, permitiria um contato maior entre a equipe técnica e pacientes, e que se durante a convivência ocorressem situações problemas, estas, poderiam de modo rápido e instantâneo ser trabalhadas. Essa questão é descrita por Jones como “aprendizagem ao vivo”. Outros destaques, seriam, além do aperfeiçoamento das comunicações entre hospital e comunidade externa, ou seja, articulação entre, paciente, equipe, família e estabelecimentos externos, a realização de reuniões diárias, e a promoção de momentos recorrentes para o exame e a discussão entre todos os envolvidos.

Lima (2016), em aproximação com outras fontes de estudo, também confirma essa origem britânica das Comunidades Terapêuticas no contexto pós-segunda guerra mundial, bem como o marco inicial dado por T.F Main e a representatividade de Maxwell Jones sob este tema. Entre os elementos que acrescenta ao debate, destaca-se a menção de que não havia um modelo específico de Comunidade Terapêutica, ainda assim, se podia descrever traços semelhantes nos diversos modos de aplicação:

[...] liberdade e horizontalidade da comunicação, análise de tudo o que se passa na comunidade (dinâmica individual e interpessoal), tendência à horizontalidade do exercício da autoridade, aprendizagem social e realização de uma reunião ordinária (Lima, 2016, p.151).

Além de aspectos relativos à origem britânica das Comunidades, em Lima (2016), identificamos elementos acerca do surgimento de Comunidades Terapêuticas voltadas para o atendimento de pessoas que fazem uso intenso de substâncias psicoativas. A autora aponta que a revisão bibliográfica sobre o tema, ainda que indique os Estados Unidos como território de emergência, acena para uma incerteza quanto, qual instituição de fato representa a iniciativa primeira de Comunidade Terapêutica na área de drogas.

Essa incerteza se expressa diante do fato de que, a autora identifica em algumas obras, a menção da experiência de Synanon em 1958, como a primeira comunidade terapêutica no campo das drogas. Conforme a autora, tal instituição, surgiu no contexto pós-segunda guerra mundial, marcado pelo avanço do consumo de heroína. A experiência se consolidou diante da decisão de diferentes pessoas conviverem juntas, no mesmo espaço, buscando diminuir ou de abster do consumo de psicoativos. Lima (2016), destaca que esse grupo tinha como líder Chuck Dederich, homem que já havia experienciado atividades do grupo Alcoólicos Anônimos. Entretanto, sua investigação, a leva a identificar outras experiências anteriores, que acabam trazendo uma complexidade na abordagem da origem das CTs voltadas para pessoas que fazem uso intensivo das drogas.

Lima (2016), menciona ter se deparado com experiências advindas da fundação dos Alcoólicos Anônimos, que se apresentam ainda em meados da década de 30 como iniciativas informais de hospedagem, convivência e internação. Entre as experiências práticas dessas iniciativas, a autora apresenta a de St. Thomas Hospital

em Ohio, “tratava-se de uma unidade de saúde, que se tornou o primeiro centro baseado nos princípios de AA e contou com o suporte do doutor Bob Smith, um dos cofundadores[...]” (Lima, 2016, p.154). Embora cite esta experiência, a autora não arrisca decretar esta como o marco originário, haja vista, ainda que chame atenção, não identifica elementos suficientes para a definirem como o marco originário das CTs com atenção ao campo das drogas.

Outra experiência identificada pela autora trata-se da comunidade terapêutica mista conhecida como o Modelo Minnesota. Fundada em 1948, uma década antes da corriqueiramente identificada como originária, no município de Center City, Minnesota, na Clínica de Hazelden. Nesta também se destaca o uso dos princípios de AA, no manejo dos Doze Passos, estratégia criada pelos Alcoólicos Anônimos. Segundo a autora, nesta instituição, “O profissional recrutava membros da AA e ex-pacientes da unidade em reabilitação para compor a equipe” (Lima, 2016, p.154).

Além de destacar, essa controvérsia na análise das primeiras experiências de CTs no campo das drogas, Lima (2016), apresenta uma outra intuição que marca o desenvolvimento das Comunidades Terapêuticas pelos diferentes campos do globo, trata-se, da Comunidade Terapêutica Daytop Village, fundada em 1963. Como características desta:

[...] um arsenal técnico-operativo em processos grupais voltados para operar reuniões diárias, manejar conflitos no cotidiano da comunidade, facilitar o processo de autoconhecimento via mútua-ajuda e induzir mudanças comportamentais. Não se falava em Doze Passos de Alcoólicos Anônimos uma das razões atribuídas era o público prioritário desta comunidade: adolescentes e jovens usuários de drogas (Lima, 2016, p.159-160).

]

Sobre as primeiras Comunidades Terapêuticas no Brasil, temos em Cavalcante (2019) o registro da instalação da instituição “Desafio Jovem” no ano de 1968, de origem Norte-Americana,

[...] fundada na cidade de Goiânia-GO, no Planalto Central do país, conforme a autora oriunda de um movimento religioso coordenado pelo Pastor Edmundo, assim como em Oxford, fundada dez ano depois de sua criação nos Estados Unidos, difundiu-se em todas as regiões do Brasil tendo assento na Global Teen Challenge, com inúmeras unidades filiadas em outras nações (Cavalcante, 2019, p. 262).

A segunda trata-se da Comunidade S8, criada em 1971 em Niterói, Rio de Janeiro. Conforme Cavalcante (2019), o espaço foi fundado pelo ex-governador do

Estado, Dr. Geremias de Mattos Fontes, tendo como propósito acolher adolescentes e jovens amigos dos seus filhos. Sob uma abordagem leiga e filantrópica, a comunidade promovia reuniões com música, estudos bíblicos, lanches comunitários e jogos de vôlei, atendimentos individuais, grupos de bate papo, tingimentos de camiseta e artesanato, “forjando uma forte tradição evangélica de atenção a dependentes” (Cavalcante, 2019, p. 262).

A terceira CT mencionada pela autora, trata-se da Comunidade Terapêutica Senhor Jesus, fundada em 1978, na cidade de Campinas. “Oriunda de um movimento religioso coordenado pelo Padre Haroldo Rahm, missionário estadunidense, que define o uso de drogas como uma expressão do afastamento da graça de Deus e não como um objeto de saúde pública” (Cavalcante, 2019, p. 265).

A autora menciona ainda uma quarta CT, a experiência do Daytop Village, fundada em 1963, nos EUA, pelo Monsenhor William Bóbrien e por David Deitch. Tratou-se de uma experiência influenciada pelo modelo de Jones. Destaca-se que no Brasil, estes realizaram um treinamento para profissionais do Rio de Janeiro,

[...] trouxe um arsenal técnico-operativo em processos grupais voltados para operar reuniões diárias, em processos de autoconhecimento via mútua ajuda e induzir mudanças comportamentais. [...] público prioritário: adolescentes e jovens usuários de drogas (Cavalcante, 2019, p.279).

Já nestas primeiras entidades, temos a evidência do traço aqui supracitado das Comunidades Terapêuticas brasileiras que é a relação com entidades religiosas. Cabe destacar que, Cavalcante (2019), chama atenção que esta trata-se de uma peculiaridade das entidades em nosso país, e que, em suas investigações sobre a realidade de outras entidades a nível internacional, essa característica não aparece como um traço tão comum.

Conforme a autora, a explicação para essa particularidade brasileira, se inscreve nas condições culturais do nosso país, em que pesa, até a contemporaneidade, “[...] apesar da separação republicana entre igreja e Estado e seus esforços de laicização das instituições públicas e de secularização da vida social” (Cavalcante, 2019, p.246), a presença da tríade religioso-médico-legal no trato das questões sobre drogas.

A autora analisa essa condição, trabalhando com o conceito da presença no Brasil, de uma “racionalidade hemiderna”, uma rationalidade que mescla características tradicionais e modernas.<sup>3</sup>

## **2.2 O contexto de fundo do surgimento das Comunidades Terapêuticas no Brasil**

Nossa aproximação ao tema, revela que tais entidades se estabeleceram no país, em um contexto marcado pela precarização assistencial, sobretudo no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, ou seja, as CTs se originaram em um cenário em que pouco se havia de alternativas de assistência a pessoas usuárias de substâncias psicoativas de forma intensa e involuntária.

O final dos anos 60, trata-se de um cenário em que vivenciamos o regime ditatorial, iniciado em 01 de abril de 1964, posteriormente ao golpe militar que destituiu o até então presidente João Goulart. Em Netto (2014), nos aproximamos de elementos consistentes tanto sobre esse golpe em específico, quanto sobre o processo de desenvolvimento da ditadura no país, que permite compreendermos um pouco mais o cenário de fundo do surgimento das CTs.

Sobre o golpe militar de 1964, é destacado que, este se constituiu no cenário maior de contrarrevolução preventiva, patrocinada por países de economia central sob a influência norte-americana em tempos de guerra fria. É chamado atenção que diversos outros golpes de Estado se desenvolveram nessa década, sobretudo, nos países do Terceiro Mundo. Como objetivos dessa contrarrevolução, em que a nossa ditadura é um exemplo, destaca-se:

[...] adequar os padrões de desenvolvimento nacionais e de grupos de países ao novo quadro do inter-relacionamento econômico capitalista, marcado por um ritmo e uma profundidade maiores e internacionalização do capital; golpear e imobilizar os protagonistas sociopolíticos habilitados a resistir a esta reinserção mais subalterna no sistema capitalista; e, enfim, dinamizar em todos os quadrantes as tendências que podiam ser catalisadas contra a revolução e o socialismo (Netto, 2014, p. 31).

---

<sup>3</sup> Importa considerar que essa é uma característica particular de países de economia periférica dependente, do qual se inclui o Brasil, onde o moderno e o arcaico se associam para compor uma lógica própria de desenvolvimento, que se manifesta não só nas relações econômicas, como políticas, sociais e culturais.

Feita essa referência do golpe dentro do cenário de contrarrevolução preventiva, Netto (2014), vai apontar elementos importantes em torno do ato golpista e os significados políticos, sociais e econômicos deste diante da realidade brasileira. É destacado que, o golpe não ocorre em um momento qualquer da história da nossa nação, este se consuma, em um contexto em que se fortalecem forças dissidentes que contestavam muitos aspectos da configuração econômica, política e social brasileira.

Conforme o autor, as forças dissidentes formularam uma conjuntura que colocava como possibilidade uma significativa inflexão dos fatores, ou linhas de força, nas palavras do autor, da nossa formação sócio-histórica, tais quais: a ênfase do caráter exportador; a continuidade do estatuto colonial que fomentava uma dinâmica interna que mesmo após a independência recebe influência externa em todos os patamares e se mantém sujeito a exploração e controle dessas forças; e uma burguesia que não desafia o poder oligárquico. De modo que, os interesses comerciais e industriais não estão no centro, são perturbados pela formação dependente aos centros externos.

É chamado atenção para a importância de uma inflexão nestas linhas de força, haja vista possíveis alterações nos fenômenos que elas causavam, quando no país, “[...] o desenvolvimento capitalista não se operou contra o atraso, mas, mediante a sua contínua reposição em patamares mais complexos funcionais e integrados” (Netto, 2014, p. 33), ou sejam foi marcado pela refuncionalização de formas econômicas-sociais coloniais; na realidade brasileira houve senão a “[...] exclusão das forças populares dos processos de decisão política” (Netto, 2014, p. 33); e o Estado brasileiro tendia a influenciar a sociedade civil através de repressão direta e estratégias de cooptação e manipulação, desconfigurando a sociedade civil que perdia sua capacidade de representar os interesses e demandas da população subordinado ou enfraquecida, sem desafiar o poder do Estado.

Netto (2014), aponta como expressões elementares da força do período e que conformava a possibilidade de mudanças, os ideais de reforma sobre o padrão de acumulação, que vinham sendo marcadas pela transição da industrialização restringida para a pesada; bem como, o expressivo fortalecimento de representações democráticas no aparelho do Estado sobre a gestão do até então Presidente da República João Goulart; e não menos importante, o fortalecimento de grupos de apoio à democracia e a movimentação e politização das organizações sindicais, nesse

contexto, colocando em questão: “[...] o capitalismo sem reformas e a exclusão das massas dos níveis de decisão” (Netto, 2014, p. 37).

Cabe destacar, entretanto, que tais movimentos, não apontam imediatamente para a ruptura à ordem capitalista, ou seja, para a revolução, apesar de esse ser um dos argumentos que os conservadores defendiam. O que se podia avistar era uma reestruturação. O autor argumenta que, poderíamos caminhar para “[...] um processo profundo de reformas democráticas e nacionais, anti-imperialistas e antilatinofudistas – poderia ser a reversão completa daquela particularidade da formação social brasileira” (Netto, 2014, p.42).

Nesse sentido, conforme Netto (2014, p.42) numa análise contundente sobre os significados do golpe militar,

[...] seu significado imediatamente político e econômico foi óbvio: expressou a derrota das forças democráticas, nacionais e populares; todavia, o seu significado histórico-social era de maior fôlego: o que o golpe derrotou foi uma alternativa de desenvolvimento econômico-social e político que era virtualmente a reversão do já mencionado fio condutor da formação social brasileira [...] postergação de uma inflexão política que poderia [...] romper com a heteronomia econômica do país com a exclusão política da massa do povo.

Esses significados, são reflexos do desenvolvimento do regime militar. Sobre esse desenvolvimento, Netto (2014), destaca que, a constituição da ditadura se deu especificamente entre os anos de 1964 a 1979, depois desse período, temos um processo de erosão do regime militar.

Para o autor, a evolução da ditadura militar pode ser sistematizada em três momentos distintos. O primeiro, é o período que vai de 1964 a 1968, é destacado que este foi marcado por um excepcional movimento dos militares de “[...] manter um consenso ativo entre seus parceiros e neutralizar forças [...] não feriu o andamento formal da vida legislativa e se comprometeu com o calendário eleitoral anteriormente definido” (Netto, 2014, p.86). Entretanto, a ditadura militar enfrentou dificuldades para consolidar uma base de apoio sólida. Apesar dos esforços para manter um consenso e neutralizar forças opositoras, a oposição começou a se rearticular, especialmente através do movimento operário e estudantil.

O movimento dos militares muda a partir do segundo período, que se refere aos anos de 1968 a 1974. Destaca-se no período, a promulgação do Ato Institucional nº 5, o genuíno momento da autocracia burguesa, em que, a burguesia, a classe social

dominante na sociedade capitalista detém o controle do Estado e exerce autoridade de forma centralizada e sem nenhuma participação das massas populares, uma verdadeira autocracia burguesa.

O autor afirma que nesse contexto tem-se o componente mais reacionário do pacto contra revolucionário, houve a aceleração do “[...] processo de concentração e centralização capitalista e além disso, a estrutura do Estado foi inteiramente redimensionada e refuncionalizada para servir e induzir à concentração e à centralização. (Netto, 2014)

É reiterado “[...] o terrorismo de Estado. É a contraface política da racionalização da modernização conservadora conduzida ao clímax na economia” (Netto, 2014, p. 59). Nesse sentido, a legitimidade do Estado sai do campo da representação dos interesses da sociedade para a economia: “[...] é tempo do crescimento acelerado, balizado então de milagre brasileiro e posto como organizador de um consenso passivo” (Netto, 2014, p. 59).

Em Netto (2014), temos considerações mais contundentes sobre o *milagre brasileiro*, que marca o segundo momento da ditadura militar, tratou-se de “[...] processo que entre finais da década de 1960 e meados dos anos 1970, fez do Brasil uma das maiores economias mundiais” (Netto, 2014, p. 129) é destaque, o empenho do desenvolvimento das forças produtivas com vigorosa intervenção estatal, com o objetivo de crescimento econômico e não necessariamente melhora nas condições de vida da população.

Nesse processo,

Construiu-se um “modelo econômico” com forte investimento do Estado em setores não lucrativos ou de baixa lucratividade inicial, mas imprescindíveis ao crescimento (energia, estradas, siderurgia, telecomunicações) e garantidores de alta lucratividade para o grande capital, assim como a maior abertura possível do país ao capital estrangeiro (com a inevitável desnacionalização da economia) (NETTO, 2014, p. 130).

Porém é destacado que se contemplava nesse período a criação de um mercado interno dirigido fundamentalmente para os estratos sociais mais altos. Como condições para esse modelo, destaca-se, a reforma tributária, centralização de recursos no governo federal para investimento, o fortalecimento do mercado financeiro e centralização bancária, a abertura do capital estrangeiro e relacionado a este, o crescimento do endividamento externo, haja vista, que “[...] em 1968, a dívida

externa correspondia a 7% das reservas do país, em 1973 já chegava a 51%" (Netto, 2014, p. 131).

Netto (2014, p.135) destaca que os resultados do processo não foram milagrosos:

[...] resultaram de fatores que foram articulados, de fato competentemente, pelos tecnocratas dos ministérios do Planejamento e da Fazenda, chefiados, respectivamente, por João Paulo dos Reis Veloso e Delfim Netto: o aproveitamento intensivo da capacidade industrial até então ociosa, uma política creditícia que ampliou grandemente a oferta de financiamento estatal (via BNDE), a facilidade conjuntural para a obtenção de financiamento externo (com o inchaço do mercado de "petrodólares") e o crescimento das exportações.

É analisado que:

[...] o "modelo econômico" compunha-se dos seguintes elementos: arrocho salarial; concentração de riqueza; financiamento do capital por meio de subsídios; correção monetária como mecanismo de controle inflacionário; garantia de altas taxas de lucro para os monopólios; direcionamento da produção agroindustrial para o mercado externo, em detrimento do mercado interno; e, enfim, como notou o mesmo Celso Furtado, a adoção de uma política governamental muito bem-sucedida, que visava atrair as grandes empresas transnacionais e fomentar a expansão das subsidiárias destas já instaladas no país (Netto, 2014, p. 135).

Destacou-se nesse período a ausência de estratégias estatais de redução da miséria e das desigualdades, sendo a preocupação uma só: o crescimento econômico. Netto (2014), analisa que,

É no domínio da educação e da saúde – dois serviços públicos essenciais – que se constata o efetivo descaso das políticas sociais do Estado de segurança nacional em relação às necessidades fundamentais da população: durante o "milagre" dotações orçamentárias dos ministérios responsáveis pela educação e pela saúde (especialmente desta), além de claramente insatisfatórias em face das demandas reais, foram decrescentes.

Segundo o autor o percentual de orçamento nacional alocado à educação em 1968 foi de 7,74% em 1974 foi de 4,95% e o de saúde de 2,71% caiu para 0,99%.

Entretanto, "o milagre" durou pouco, é destacado que, a partir de 1974, a crise do milagre, que derivou fundamentalmente do seu próprio desenvolvimento sugere que o próprio sucesso do "milagre econômico" contribuiu para sua queda. Isso aconteceu porque o crescimento rápido e concentrado em certos setores da economia criou desequilíbrios e problemas estruturais, neste, é destacado, uma

produção agrícola insuficiente, para atender às necessidades da população ou para atingir os objetivos econômicos estabelecidos.

Abre-se assim, a partir de 1974, a fase final do regime, a ditadura enfrentou a crise do milagre econômico e teve que lidar com crescentes pressões por democratização. O movimento democrático ganhou força na sociedade civil, levando a uma combinação de concessões políticas e medidas repressivas por parte do regime. O autor faz um apanhado geral do debate e aponta que, a transição para a democracia, ocorreu no geral “[...] sem quebra do sistema estatal existente, sem alteração substantiva da natureza de classe do poder político e por compromissos resultantes de acordos “pelo alto” (forçados, é claro, por décadas de resistência e duras lutas sociais” (Netto, 2014, p. 227).

Sob esse cenário de autocracia burguesa, nem de longe houve benefícios à classe trabalhadora. Temos nesse período a concentração de esforços mobilizados em prol do alcance de crescimento econômico, tanto que, mesmo no momento de altas taxas no dito momento do “Milagre”, o retorno dado à massa de trabalhadores foi senão, a redução orçamentária sobre as políticas sociais.

Diante desse contexto, o campo da saúde tratava-se de um ambiente dominado pelo setor privado. Paim (2015), ilustra para nós um pouco deste cenário. Conforme o autor, em meados da década de 70, a assistência à saúde era focalizada, restritiva, dominada pela lógica dos seguros e dos hospitais privados, além de ações dispersas no campo do setor público, sobre essa realidade o autor crítico que,

O sistema de saúde brasileiro tendia cada vez mais a se assemelhar com a medicina americana. Havia uma multiplicidade de instituições e organizações – estatais e privadas – prestadoras de serviços de saúde, muitas vezes dirigidas a uma mesma clientela, deixando milhões de pessoas excluídas da atenção ou com serviços de baixa qualidade. Um estudo censurado pelo governo militar durante a V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, indicava que, só na área federal, 71 órgãos desenvolviam ações de saúde. Se a estes fossem acrescidos os organismos estaduais e municipais, além dos serviços privados liberais, empresariais e filantrópicos, tem-se uma ideia do tamanho do desafio da reorganização do sistema de saúde no Brasil a partir do SUS. O mencionado estudo descreve o sistema de saúde brasileiro daquela época com seis características: insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente, ineficaz [...] (Paim, 2015, p.24).

Essa realidade, apesar de trazer diferenças em relação ao passado, também revelavam permanências no que se refere às precárias condições de assistência à saúde desde o período colonial.

Segundo Paim (2015), no período colonial, a organização sanitária do Brasil, se configurava como uma proteção social incipiente, uma espécie de assistencialismo exclusivo ou modelo residual. Nessa fase, a organização sanitária espelhava a da metrópole, com uma assistência específica para as tropas militares, controle de doenças delegado às capitâncias, e acesso da população aos médicos dependente do retorno das cartas enviadas ao rei. Aos mais cabiam exclusivamente, a assistência da Igreja através das Santas Casas de Misericórdia.

Já no período Imperial, a organização sanitária brasileira era rudimentar e centralizada, incapaz de responder às epidemias e garantir assistência indiscriminada aos pobres. Os que dispunham de recursos eram cuidados por médicos particulares, enquanto os indigentes eram atendidos pelas casas de misericórdia, caridade e filantropia. Na Velha República, a organização dos serviços de saúde era confusa e complicada, marcada pela separação entre ações de saúde pública e assistência médico-hospitalar. O autor destaca ações episódicas e voltadas para a doença do momento, tratando a saúde como caso de polícia, vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. (Paim, 2015)

A partir da primeira década do século XX, ocorrem mudanças significativas, como a criação da Lei Elói Chaves e das caixas de aposentadoria e pensão, estabelecendo subsistemas de saúde vinculados ao poder público: saúde pública, medicina do trabalho e medicina previdenciária. No entanto, na década de 40, destaca-se o avanço da assistência médico-hospitalar em detrimento da saúde pública, o que significa dizer que, foi focado no tratamento direto e não numa abrangência maior de saúde que envolve prevenção e promoção de saúde; concentrado no tratamento de doenças, estagnação nas atividades; também destaca-se o direito de acesso restrito aos que tinham vínculos formais em empregos com caixas “[...] aos demais restava pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas[...].” (Paim, 2015, p.23).

Soares (2020) também contribui significativamente para compreender a política de saúde na segunda metade do século XX no Brasil. A autora analisa que,

[...] aparato da política de saúde, que chega ao seu apogeu no período autocrático, era centralista, tecnicista, autoritário, centrado na assistência médica individualista e curativa e hospitalocêntrico. A saúde pública foi relegada a ações mais pontuais e fragmentadas, com pouquíssimos recursos, num movimento de priorização do mercado privado (Soares, 2020, p.48).

Consequentemente, o campo da saúde mental detinha os mesmos traços, acrescidos de alguns outros elementos. De acordo com Costa (2016), a segunda metade do século XX, cenário de ditadura e de emergência das primeiras CTs, foi marcada pela predominância dos hospitais psiquiátricos privados no campo da saúde mental.

Esse domínio do modelo manicomial no Brasil, conforme destacado por Costa (2016), não é uma ocorrência isolada, revela a convergência do Brasil com a abordagem internacional que favorece a internação como principal forma de lidar com a questão da loucura, e que aqui foi iniciada ainda no período colonial.

Ao expandir o olhar para o período colonial, a partir das contribuições da autora, observamos que, antes da chegada da família real, os loucos perambulavam pelas ruas ou eram internados nas Santas Casas de Misericórdia. No período Imperial, foi criado o primeiro hospital psiquiátrico, destacando-se que esses hospitais eram inaugurados em grandes casarões. A autora enfatiza que, mesmo apresentando-se como baliza de modernidade e ciência, o modelo brasileiro combinava elementos conservadores com modernos desde o início. Poucos anos após sua criação, os hospitais psiquiátricos já apresentavam superlotação, evidenciando que práticas arcaicas de cuidado, superando questões de saúde.

Expressões do moderno e do arcaico, segundo a autora, centravam-se tanto no assistencialismo quanto na coerção. Esse cenário denota uma dualidade entre a busca pela modernidade, respaldada pelo discurso moderno na implantação desses hospitais, e a persistência de práticas conservadoras e asilares que predominavam sobre as questões de saúde.

Na transição para o século XX, a autora destaca o desenvolvimento da política higienista nos anos 20, marcada por ações clássicas como a classificação brasileira das doenças mentais e tentativas de repatriação dos doentes. A abertura dos hospícios do tipo colônias agrícolas na primeira metade do século, além de representar uma expansão das estratégias de acumulação capitalista na saúde mental, refletiu a orientação higienista de limpar a cidade, tratando a questão social como caso de polícia.

A Era Vargas introduziu a criação da estrutura asilar, atendendo às demandas do processo de industrialização/urbanização. Os hospitais psiquiátricos passaram a atender à demanda por saúde da classe trabalhadora, ao mesmo tempo que serviam

aos interesses da industrialização. A política de saúde mental ganhou contornos nacionais, com a criação de hospitais psiquiátricos em todo o país a partir da década de 1940.

Nos anos 50 e 60, houve um avanço significativo dos hospitais psiquiátricos privados, estimulado pelo Estado. A saúde mental tornou-se um setor lucrativo, recebendo investimentos estatais e recursos das famílias dos internados. Esse período foi marcado pela contradição entre avanços externos, como técnicas e medicações mais modernas, e a expansão quantitativa de hospitais psiquiátricos, acompanhada pelo crescimento das forças conservadoras da sociedade.

Durante a ditadura militar, os hospitais psiquiátricos privados continuaram a crescer, consolidando-se como grandes depósitos de pessoas e atendendo à legitimação do regime autoritário burguês. A política de saúde mental nesse período foi burocratizada, privatizada e conservadora, com viés modernizador, integrando-se ao desenvolvimento nacional, caracterizando um cenário em que a loucura foi verdadeiramente mercantilizada. Essa lógica foi impulsionada por incentivos estatais, onde o Estado pagava por cada paciente em tratamento nos hospitais psiquiátricos privados. (Costa, 2016)

Nesse cenário, de mercantilização da loucura, eram inexistentes a assistência às pessoas com problemas decorrentes do uso intenso de substâncias psicoativas. Sobre o tema das drogas, destacavam-se no contexto em termos de intervenção estatal apenas medidas de cunho repressivo, atrelado a retórica proibicionista sobre as drogas seguindo a dinâmica internacional, o que cabe destacar, era recente na realidade brasileira.

Conforme Brites (2017), no Brasil até o final do século XIX, a questão das drogas no Brasil não era objeto de um debate público significativo nem de uma preocupação direta por parte do Estado. Somente em 1938, com o Decreto-Lei nº 891, conhecido como Lei de Fiscalização de Entorpecentes, as regulamentações sobre drogas começaram a ganhar forma, sendo posteriormente incorporadas ao artigo nº 281 do Código Penal. Em 1940, iniciou-se o processo de criminalização do porte de drogas ilícitas.

Os anos 1960 foram marcados pela adoção da perspectiva proibicionista, com a aprovação da Convenção Internacional Única sobre entorpecentes. A guerra às drogas, caracterizada por uma perspectiva de intolerância e criminalização, teve seu início nesse período. Em 1976, o Brasil aprovou outra lei de tóxicos, que, embora

apresentasse elementos progressistas como a não obrigatoriedade da internação, ainda mantinha a criminalização tanto para o porte, para o consumo próprio, quanto para fins mercantis.

A década de 1970 foi crucial, pois marcou a sanção da Lei nº 6.368, conhecida como a Lei de Entorpecentes, pelo presidente Ernesto Geisel. Por quase 30 anos, essa lei foi o principal mecanismo utilizado pelo Estado Brasileiro para lidar com a questão das drogas. Somente nos anos 1990, o governo federal iniciou um processo de revisão da abordagem das drogas no país.

Dante da realidade brevemente exposta, temos que, destacava-se uma fragilidade do sistema de saúde público durante a ditadura, não haviam serviços de atenção ao público com problemas decorrentes de uma determinada relação com os psicoativos. A saúde mental era dominada exclusivamente pela hegemonia dos hospitais psiquiátricos com sua orientação predominantemente hospitalocêntrica e assistencialista. Outro ponto, tratava-se do domínio do paradigma proibicionista, em que as atenções no campo das drogas se restringiam a medidas objetivando a criminalização do uso e do porte de psicoativos.

Logo, a falta de estratégias efetivas para lidar com as pessoas que faziam uso intenso e indesejado de psicoativos, formataram uma conjuntura favorável ao surgimento das Comunidades Terapêuticas no país. Nesse contexto temos a prevalência de um Estado que se volta para os interesses da burguesia nacional, essa última, subserviente à burguesia internacional. As Comunidades Terapêuticas se inserem assim, como expressão da histórica tendência da presença da filantropia na intervenção das expressões da questão social no Brasil.

### **2.3 A expansão das Comunidades Terapêuticas no Brasil em tempos de ampliação e de retrocesso das conquistas dos movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica Brasileira**

Embora as Comunidades Terapêuticas tenham sido criadas no Brasil ao final dos anos 60, em um contexto de vazio assistencial no campo de atendimento às pessoas que fazem uso intenso e indesejado de substâncias psicoativas, é a partir dos anos 90 que observamos uma expansão significativa dessas entidades na realidade brasileira. Retomando a Nota do IPEA em Brasil (2017), podemos apreender informações pertinentes neste sentido.

Conforme o documento, a maior parte das CTs identificadas (79%) foi fundada a partir da década de 90. De modo mais detalhado, 41% das entidades deste percentual foram criadas entre 1996 e 2005, e os outros 38% entre 2006 e 2015, sendo que o ano de 2011 foi aquele em que foi fundado o maior número das entidades: 139 CTs.

Essa expansão das CTs, entretanto, não ocorre mais em um cenário de ausência de alternativas, mas, em meio ao avanço de serviços públicos no campo da saúde mental, álcool e outras drogas. A partir dos anos 2000 teremos transformações contundentes ao campo, fruto dos movimentos de Reforma Sanitária - RSB e do movimento de Reforma e Psiquiátrica Brasileira - RPB que se estendeu no nosso país nos anos 70 a 90.

Paim (2008), destaca que o movimento de RSB, composto por diversos setores da sociedade, teve seu ponto alto na construção do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES e as posteriores partições no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979 e na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. O autor aponta que já no evento de 79, fora proposto a implantação do Sistema Único de Saúde. No evento de 86, destacou-se uma ampla participação de trabalhadores, e o saldo fora o relatório que posteriormente inspirou os artigos sobre a saúde da nossa Constituição Federal em vigência.

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, data neste mesmo cenário do movimento de Reforma Sanitária, como um manifesto de questionamento e denúncia contra a dominância dos hospitais psiquiátricos. Como ponto alto deste, podemos apontar, a I Conferência da Saúde Mental - I CNSM, realizada em 1987. Nesta, foi construído um documento, com 7 propostas para contemplação dos ministérios e dos legisladores do país:

Todas as propostas estão relacionadas ao trabalhador adoecido, o trabalho, a luta de classes. A loucura, ou o adoecimento psíquico sai de uma discussão abstrata para um debate sobre as condições concretas, a relação entre os determinantes da saúde, as condições de trabalho e o adoecimento psíquico. A I CNSM teve grande inspiração nos princípios da reforma sanitária concretizados na VIII Conferência Nacional de Saúde. É fruto das discussões dos trabalhadores [...] (Costa, 2016, p. 100).

Segundo Costa (2016), o Relatório Final da I CNSM trouxe uma rica contribuição, servindo de base, para a construção do Projeto de Lei nº 3.657/1989,

que propôs a proibição de construção, contratação ou financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos e uma implantação de uma rede substitutiva para as pessoas em sofrimento psíquico, sendo definidos inclusive prazos.

Como expressões contundentes das conquistas promovidas pela Reforma Sanitária Brasileira, temos a inserção da concepção ampliada de saúde, inserida na Constituição Federal promulgada em 1988. A saúde passou a ser concebida como uma condição que tem determinação nas configurações de sobrevivência das pessoas, ou seja, como algo que está para além da ausência da doença.

No texto constitucional essa novidade se expressa em diversos momentos. Paim (2008, p. 29) destaca que,

[...] antes de fazer alusão às ações e serviços de saúde, na carta magna se mencionam as políticas econômicas e sociais como intervenções fundamentais para a garantia do direito à saúde. Questões como a produção e a distribuição da riqueza e da renda, emprego, salário, acesso à terra para plantar e morar, ambiente, entre outras, influem sobre a saúde dos indivíduos e das comunidades, embora integrem as políticas econômicas. A educação, cultura, esporte, lazer, segurança pública, previdência e assistência social, por sua vez, são capazes de reduzir o risco a doenças e agravos que compensam as políticas sociais.

Na lei 8.080/1990, essa concepção ampliada de saúde, fica ainda mais clara quando na lei afirma que a saúde tem como “[...] fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; [...]” (Paim, 2008, p. 36)

Diante desta perspectiva é considerado que, quando as pessoas têm acesso a condições adequadas de moradia, alimentação, educação, trabalho e outros determinantes sociais, isso contribui positivamente para a saúde. Por outro lado, a ausência ou inadequação dessas condições pode resultar em uma série de problemas de saúde, pois os determinantes sociais desempenham um papel significativo na determinação do estado de saúde das pessoas. A compreensão desses fatores é fundamental para a formulação de políticas públicas eficazes e abordagens integradas que visem não apenas ao tratamento de doenças, mas também à promoção da saúde e prevenção de agravos.

Outro destaque, trata-se da definição na constituição das orientações básicas para o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS, envolvendo questões como, descentralização; atendimento integral (priorizando as atividades preventivas, sem

prejudicar os serviços assistenciais, inovação no cuidado); participação da comunidade (democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde, e: superar o autoritarismo impregnado nas práticas da saúde desde os governos militares), abordado na Lei nº 8.080/90.

Paim (2008), chama atenção para a dimensão das mudanças no campo da saúde, apontando que, a referida lei determina que é dever do Estado garantir a saúde, o que consiste “[...] na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços” (Paim, 2008, p.35).

Nesse cenário, a saúde passa a ser apresentada como um direito social, seguindo ainda o pensamento do autor, essa definição entre nós ocorre tardivamente, considerando que a Organização Mundial de Saúde já tinha chancelado como tal na década de 40. Atrelada a definição da saúde como um direito social, destaca-se o estabelecimento desta como um direito universal que deve ser garantido pelo Estado a todos(a), o que rompe com a histórica tendência de assistência focalizada e residual no Brasil, sob julgo do assistencialismo, da contribuição ou da contratação de serviços.

No que se refere às conquistas da RPB, destaca-se, a aprovação do aqui mencionado Projeto de Lei nº 3.657/1989, ainda que passado pelo longo processo de tramitação com duração de 20 anos, se consolidando na Lei nº 10.216/2001 e posteriormente uma série de medidas tratando dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos como veremos no próximo subitem.

Podemos também destacar mudanças influenciadas por tais processos no âmbito das políticas sobre drogas no Brasil. Conforme Brites (2017), é ao final dos anos 90, que avança o tema, as drogas saem um pouco da seara do proibicionismo para ser tratado como questão de saúde pública. A autora destaca que se observa uma incorporação do tema nos textos oficiais, destacando-se nestes o

[...] reconhecimento de que uso de psicoativo é socialmente determinado, na valorização da abordagem interdisciplinar, na incorporação da perspectiva de redução de danos, no respeito aos direitos humanos e na defesa do direito à saúde (Brites, 2017, p.125).

Nesse contexto, a expansão das CTs passou a ser acompanhada pela publicação de medidas do Estado sobre o tema, inicialmente paralelamente às medidas estatais que materializaram conquistas do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira como algo um pouco distante, e posteriormente entrelaçado a essas medidas, como parte integrante da rede de atenção psicossocial, como veremos nos subtópicos seguintes. Tais medidas, conforme Resende (2021), refletem no complexo arcabouço regulatório das CTs na contemporaneidade, que contam com medidas publicadas pelo Ministério da Saúde, da Justiça e da Segurança Pública e mais recentemente da assistência social.

### ***2.3.1 Principais medidas entre os anos 2000 e 2010: criação de medidas sobre as CTs paralelas às conquistas do movimento de RPB***

Entre os anos 2000 e 2010, identificamos que a expansão de Comunidades Terapêuticas no Brasil foi atrelada a uma série de medidas estatais sobre o tema, de modo paralelo, a publicação de importantes medidas ao campo da saúde mental, álcool e drogas, que representaram conquistas resultantes do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro.

Como medida criada para tratar das CTs, destaca-se a Resolução nº 101/2001 da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, órgão do Ministério da Saúde - MS, estabelecendo um regulamento técnico que disciplina as exigências para o funcionamento das CTs. Na resolução, foi apresentado como conceito de CTs:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas. (Brasil, 2001)

Entre os pontos destacados na resolução, estão: 1) a definição de critérios para o tratamento, disciplinando o perfil das pessoas que podem ser admitidas nas CTs, com admissão condicionada a uma prévia avaliação diagnóstica; 2) estabelecimento de regras quanto aos procedimentos do serviço, garantindo direitos como a permanência voluntária com possibilidade de interromper o tratamento, sigilo, direito à cidadania e informações prévias sobre as regras da instituição e o Projeto Terapêutico.

Além destas, destacaram-se outras medidas, como a garantia de alimentação de qualidade, proibição de castigos e violências, acompanhamento médico, acesso à rede de saúde quando necessário, tempo de permanência flexível respeitando um tempo máximo de internação do Programa Terapêutico da instituição, e liberdade de crença, com proibição da imposição de credo como pressuposto para entrada ou permanência nas entidades, mas com a previsão do direito dos serviços de oferecer atividades relacionadas à espiritualidade, desde que respeitando os direitos individuais e a diversidade de crenças das pessoas.

A Resolução também tratou de regras relacionadas aos recursos humanos e à infraestrutura física das CTs, descrevendo condições mínimas para a equipe e estabelecendo regras sobre a capacidade dos alojamentos, número de pessoas acolhidas, ambientes necessários e instalações. Bem como é descrito como responsável pelas fiscalizações e avaliações periódicas: órgãos dos municípios e dos Estados.

Pode-se compreender que tal medida, embora tivesse como foco a regulamentação, trouxe um certo fortalecimento a essas entidades, haja vista o potencial de legitimação em meio a sociedade.

Como medidas que representaram conquistas ao campo da saúde mental, álcool e drogas, destacam-se, em primeiro lugar e no mesmo ano da medida supracitada, a Lei nº 10.216/2001, popularmente conhecida como Lei Paulo Delgado. Esta lei dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e com problemas decorrentes do uso intenso e indesejado de psicoativos, destacando-se direitos como o acesso digno e adequado ao tratamento de saúde mental, respeito à integridade pessoal, proteção contra abusos, garantia de privacidade, informação completa sobre o tratamento, preferência por métodos terapêuticos menos invasivos e prioridade por serviços comunitários de saúde mental.

Além dos direitos salvaguardados, é definido o desenvolvimento da política de saúde mental como responsabilidade do Estado, e critérios rigorosos quanto aos casos de internação, só indicado excepcionalmente, em condições muito específicas esgotados os recursos extra-hospitalares, e quando ocorrer, somente se fará quando o hospital ofertar assistência integral e permitir que sejam respeitados os direitos dos pacientes. Ainda sobre os casos de internação são determinadas medidas que devem ser acionadas no sentido de desinstitucionalizar a pessoa internada. Acrescenta-se ainda, pressupostos estabelecidos para a prática de internação, como o laudo médico circunstanciado.

Outra importante medida tratou-se, da Portaria nº 336/2002, também do Ministério da Saúde, regulamentando e discriminando as diretrizes para o atendimento e organização dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, I, II, III e i II, voltados para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, e o CAPS AD II, voltado para o atendimento de pessoas com problemas decorrentes do uso intenso e indesejado de psicoativos. (Brasil, 2002)

Ainda em 2002, a Portaria nº 816/2002, também do Ministério da Saúde, foi relevante particularmente à atenção das pessoas com problemas decorrentes do uso intenso e indesejado de psicoativos. Essa medida, instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas - PAIUD, estabelecendo diretrizes para promover a saúde e o bem-estar dos usuários de psicoativos e suas famílias, com ênfase na estratégia de redução de danos, no sentido de fortalecer os serviços públicos de saúde sob a influência da reforma psiquiátrica. (Brasil, 2002)

Ao campo, outra medida foi também de extrema relevância nesse mesmo sentido, nos referimos a Lei nº 11.343/2006 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas que a posteriori foi regulamentada pelo Decreto nº 5.912/2006, referenciada popularmente como Lei de Drogas. Esta lei estabelece diversos objetivos, incluindo uma abordagem ampla sobre o uso de psicoativos. Embora não haja menção específica às CTs, a lei aborda questões relacionadas a elas. No capítulo II, que trata das atividades de atenção e reinserção social de usuários ou dependentes de drogas, são estabelecidos princípios a serem observados, como o respeito ao usuário, a adoção de estratégias diferenciadas e a elaboração de projetos terapêuticos individualizados orientados para a redução de

riscos e danos sociais e à saúde. Além disso, o artigo 25 regulamenta a possibilidade de as instituições da sociedade civil receberem recursos do Fundo Nacional Antidrogas - Funad. (Brasil, 2006).

### ***2.3.2 Principais medidas sobre as CTs entre os anos de 2010 e 2016: as CTs oficialmente no bojo das políticas públicas***

Entre 2010 e 2016, observamos que a expansão das CTs e a regulação do Estado sobre estas, prosseguiu não mais apenas de forma paralela, como outrora apresentado, mas entrelaçada ao avanço das conquistas da RPB. Além de terem sido publicadas pelo Estado outras medidas próprias para regulamentação das CTs, foram promulgadas normativas que, ao mesmo tempo que reforçaram o paradigma psicossocial, também fortaleceram as CTs.

Neste último caso, destaca-se a Portaria nº 3.088/2011, publicada pelo Ministério da Saúde. A normativa instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), revisou e ampliou as diretrizes da Portaria nº 336/2002, detalhando melhor a complexidade dos serviços da saúde mental e incorporando novas demandas a estes, no que se destaca a incorporação das demandas relativas às pessoas usuárias de psicoativos à todas as modalidades CAPS, ou seja, CAPS I, II, II, i, AD, passaram a ser serviço de atendimento para este público-alvo. Bem como, incorporando aos CAPS AD e i, o atendimento de crianças e adolescentes usuárias de psicoativos. Antes disso, não havia determinação para o atendimento deste público no CAPS AD, e no CAPS i, havia a oferta de atendimento apenas a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. (Brasil, 2011)

Costa (2016), faz uma interessante análise sobre este processo de incorporação das demandas relacionadas a pessoas usuárias de psicoativos nos CAPS a partir de 2011 e do aumento das demandas de crianças e adolescentes usuárias de psicoativos nos CAPS AD e i:

[...]nos parece que muitas vezes, a Portaria 3.088/2011 tenta resolver discussões complexas com propostas simplistas. Não é normatizando ações, nem impondo que os serviços têm que receber a demanda de álcool e drogas, que se tem os direitos dos usuários garantidos, mas sobretudo, entendendo os determinantes e condicionantes da problemática em questão (Costa, 2016, p. 116).

No trato sobre as CTs, destaca-se que a Portaria reconheceu as Comunidades Terapêuticas como parte da Rede, enquanto um Serviço de Atenção em Regime Residencial, conforme o segundo parágrafo do Art. nº 9.

Essa medida acabou alinhando as determinações de uma outra normativa acionada no ano anterior. Em 2010, o Estado havia instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, a partir do Decreto nº 7.179/2010. Este decreto enfatizou a execução de ações de enfrentamento à “pandemia do crack” a partir também de parcerias do Estado junto à sociedade civil, o que incluiu as Comunidades Terapêuticas. Entre as estratégias do plano, destacava-se a previsão da ampliação do número de leitos para tratamento de pessoas usuárias de crack e a expansão da rede de assistência para este público, sendo estabelecido como meio o financiamento de leitos por parte do Estado, o que marcou a transferência de recursos do governo federal para as CTs. (Brasil, 2010)

Sobre as medidas criadas propriamente sobre as CTs, destacou-se a Resolução nº 29/2011 da ANVISA/MS, que veio substituir a primeira medida aqui mencionada, a Resolução nº 101/2001, entretanto, se portou como uma proposta flexibilizadora, excluindo algumas regras mínimas de funcionamento, facilitando que CTs com características frágeis sejam consideradas regulares. (Brasil, 2011a)

Em 2012, destacou-se também a Portaria nº 131 do Ministério da Saúde, que institui o incentivo financeiro de custeio para os Serviços de Atenção em Regime Residencial, que, conforme apontado, incluiu as Comunidades Terapêuticas, no mesmo ano em que foi publicada a Portaria nº 130/2012, que tratou de mais um tipo de CAPS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas 24 horas (CAPS AD III).

Destaca-se ainda, no ano de 2015, uma importante medida criada, a Resolução nº 1/2015 do Conselho Nacional de Política sobre Drogas, órgão do Ministério da Justiça - CONAD/MJ. Esta medida trouxe uma regulamentação própria às Comunidades Terapêuticas, sendo considerada um marco político dessas entidades. Essa medida marcou a entrada da legislação de outro ministério sobre as CTs, que até então se tratava de uma pauta do Ministério da Saúde (Brasil, 2015).

### **2.3.3 Principais medidas sobre as CTs a partir de 2016: continuidade do fortalecimento das CTs em meio às contrarreformas das Políticas de Saúde Mental e Drogas**

A partir de 2016, identificamos mudanças contundentes em torno da expansão das Comunidades Terapêuticas em nosso país. Diferente dos outros momentos aqui mencionados, em que as CTs foram fortalecidas ao tempo em que avançaram também medidas de fortalecimento as conquistas do movimento de Reforma Psiquiátrica, passamos, para um cenário de expansão das CTs em meio a medidas que implicaram em retrocessos no campo da saúde mental, álcool e drogas.

Como medidas de cunho regressivo destacam-se, nos anos de 2017 e 2018, a Resolução n.<sup>º</sup> 32/2017, construída pela Comissão Inter gestores Tripartite do MS, que trouxe novas diretrizes para o funcionamento da RAPS, modificando de forma contundente a Política Nacional de Saúde Mental. No bojo desta, destaca-se a inclusão e reconhecimento de novos componentes/serviços, entre os quais, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Tipo IV - CAPS AD IV, Hospitais Dia e Hospitais Psiquiátricos Especializados. (Brasil, 2017)

Posteriormente a esta, foi publicada a Portaria n.<sup>º</sup> 3.588/2017 do Ministério da Saúde, que alterou as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a RAPS e incluir informações adicionais sobre os novos serviços introduzidos pela Resolução nº 32/2017. Especificamente, ela regulamentou e detalhou aspectos relacionados aos novos componentes incluindo questões de financiamento, critérios de habilitação, diretrizes clínicas, entre outros aspectos. (Brasil, 2017a)

Posteriormente tivemos a Portaria nº 544/2018, do MS, que tratou de mais alguns aspectos sobre o CAPS AD IV, e a Portaria nº 2.434/2018 do mesmo ministério, medida que aumentou o valor das diárias de vagas de internação hospitalar para tratamento em psiquiatria de longa permanência.

Ainda em 2018, destaca-se, a Resolução n.<sup>º</sup> 1/2018 do CONAD, esta medida deu início a um realinhamento para a política de drogas no Brasil, haja vista definir novas diretrizes para a PNAD. Entre as diretrizes estão, 1) a defesa de uma PNAD, que “respeite”, ou poderíamos dizer se alinhe, a oposição de parte da população que se opõe à legalização das drogas no país; 2) a determinação de que, programas, projetos e ações considerem iniciativas de promoção a abstinência; e 3) a

determinação de que o fortalecimento da PNAD, incluí o fomento a instituições não governamentais, dando ênfase que as CTs são uma destas entidades que devem ser apoiadas.

Em 2019, outras duas medidas foram criadas no sentido de pôr a frente essas diretrizes. A primeira trata-se do Decreto nº 9.761/2019, que aprovou e oficializou uma nova Política Nacional de Drogas - PNAD, baseada nas diretrizes da Resolução supracitada. A segundo, a Lei nº 13.840, conhecida como “Nova” Lei de Drogas, que implementou mudanças na legislação que foi promulgada em 2006 (a Lei nº 11.343/2006), no tratamento, prevenção e financiamento das políticas sobre drogas, acomodando e dando suporte às diretrizes previstas na Resolução nº 1/2018.

O caráter regressivo dá-se, quando olhamos essas medidas sob as lentes da direção trazida pelo movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira ao campo da saúde mental.

Em acordo com Passarinho (2022), a atenção psicossocial resultante do movimento de RPB, se ancorou na oposição a contenção das pessoas em manicômios, tanto que no movimento, a primeira mobilização foi a de denúncia dos hospitais psiquiátricos e posteriormente a luta em prol da criação de uma rede de serviços substitutivos a esses.

Nesse sentido, o retorno do fortalecimento dos hospitais psiquiátricos, previstos nas primeiras medidas aqui mencionadas, não pode ser vista senão como uma afronta à luta e a atenção psicossocial alcançada com a conquista popular. Com a RPB:

[...] não houve apenas uma profusão de novos saberes e práticas que formaram uma estratégia orientada para o horizonte ético-político da desinstitucionalização, mas também um reconhecimento e incentivo dado a elas pela política oficial do Ministério da Saúde. [...] a atenção psicossocial, enquanto estratégia, aponta para a superação radical das instituições do modelo manicomial e sua substituição por novos dispositivos institucionais e novas formas de relação com os sujeitos e seu sofrimento (Passarinho, 2022, p. 71).

No trato das contradições que a entrada do CAPS AD IV representa, destaca-se, a concepção de território que é trazido na lógica de funcionamento desses serviços. Diferente dos outros CAPS, esta modalidade foi pensada para ser instalada especificamente no seio das cenas de uso, conforme Passarinho (2022), nestes

termos esses serviços, têm a predisposição de se configurar como um espaço a disposição para a internação, o que é um retrocesso, haja vista:

A disposição para a internação aponta para a lógica curativa distante da prevenção e promoção. Ao invés da articulação com o território, o que se vê é a mitigação inerte dos efeitos mais danosos do uso prejudicial de álcool e outras drogas [...] as características do Caps - AD IV podem lhe conferir vocação para práticas de internações compulsórias e tendencialmente prolongadas, ou para funcionar como estabelecimentos intermediários entre as cenas de uso e os hospitais psiquiátricos e CTs (Passarinho, 2022, p.74).

Um outro ponto trazido pelas primeiras medidas, tratou da defesa e reconhecimento na política de tratamento através de eletroconvulsoterapia, entre as problemáticas do retorno disso no âmbito da saúde mental é, conforme Passarinho (2022):

[...] é uma forma de objetivação do sujeito, não por postular uma casualidade especificamente biológica do sofrimento psíquico [...] perder de vista a perspectiva do protagonismo dos sujeitos do sofrimento [...]. O histórico de uso dessa tecnologia em estabelecimentos manicomiais também é um fator que precisa ser considerado [...] Mesmo que se argumente que existem diversos estabelecimentos que atualmente utilizam a ECT de forma dita adequada, isto é, segundo protocolos reconhecidos de indicação e segurança, não se pode desconsiderar o risco da reincidência de práticas punitivas ou de efeitos iatrogênicos. Além disso, ainda existe uma inegável controvérsia sobre eficácia, eficiência e segurança dessa forma de intervenção (Passarinho, 2022, p. 75).

No que se refere às mudanças relativas à política sobre drogas, destaca-se como um retrocesso a ênfase dada à abstinência como estratégia de cuidado. Essa abordagem é reforçada nas últimas medidas sobre o campo das drogas mencionadas, sobrepondo-se à estratégia de Redução de Danos (RD). A RD estava incorporada nos textos oficiais do governo desde a primeira metade dos anos 2000, representando uma conquista significativa. Antes dos anos 2000, a regulação social brasileira “foi sempre na direção de aprimoramento do controle e da repressão” (Brites, 2017, p.133).

Costa (2022) oferece análises contundentes sobre os efeitos das novas medidas. Além de criticar a ênfase na abstinência, o autor aponta que a nova PNAD e a nova Lei de Drogas reintroduzem princípios e modos de compreensão sobre as drogas que antecederam os anos 2000. Segundo o autor, essa abordagem trata as drogas como um mal a ser combatido e defende uma sociedade protegida do uso de

psicoativos, reforçando a ideia de que todo uso de psicoativos é inherentemente negativo. Para o autor, essa postura é problemática porque:

serve como argumento de perpetuação da declaração de inimigo internos recorrente no campo, sejam eles as drogas, quem a produz, vende e consome ou os que defendem. Com isso contribuem para camuflar e naturalizar as bases estruturais de nossa sociedade e seu caráter desigual [...]. (Costa, 2022, p.8)

Brites (2017) complementa essa análise ao destacar que a relação dos homens com as substâncias psicoativas é milenar e complexa. Segundo Brites (2017, p.46), “[...] os registros históricos e antropológicos indicam uma prevalência fenomênica dessa prática [...] presente em todas as sociedades e culturas e em todos os contextos históricos.” Essa historicidade revela que o uso de psicoativos tem diferentes motivações e significados, variando de usos terapêuticos e rituais nas sociedades antigas a usos hedonistas e dependentes nas sociedades contemporâneas.

A autora argumenta que o consumo problemático de drogas é um fenômeno relativamente recente, que não pode ser entendido isoladamente da conjuntura econômica, política, social e cultural. A autora aponta que, a partir do século XIX, o desenvolvimento da química, a constituição da indústria farmacêutica e a consolidação do capitalismo como sistema mundial de mercado impulsionaram o consumo de psicoativos. Nesse contexto, as substâncias se tornaram mercadorias, influenciando hábitos, estilos e comportamentos. Entretanto, em sua análise, é a partir dos anos 60, que o consumo cria novos contornos, o que tem relação com a “[...] perspectiva de controle e repressão dirigidos a determinados grupos e segmentos sociais.” (Brites, 2017, p. 86)

Logo, ao focar exclusivamente na abstinência, as novas políticas ignoram essas complexidades. A análise de Brites (2017) mostra que o uso de psicoativos não é problemático por natureza, mas está profundamente relacionado às condições sociais e históricas. A abordagem punitiva e simplista das novas medidas, se revela assim marcada por limites.

Cabe destacar, que o governo construiu uma nota Brasil (2019), no sentido de apresentar e justificar tais medidas. Estão entre os argumentos para tanto, tornar a assistência à saúde mental:

[...] mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada.[...] O objetivo é fazer com que pacientes, dos casos menos complexos aos mais graves, tenham acesso a tratamento efetivo no SUS, de acordo com suas necessidades e peculiaridades, sem deixar de lado nenhuma modalidade de tratamento validade e aplicável (Brasil, 2019, p.3)

O ministério se coloca na defesa de que, não há diferenças entre os serviços, hospitais psiquiátricos, CAPS em suas diversas modalidades incluindo o CAPS AD IV, deveriam conviver em harmonia em nome do bem maior que seria a assistência para a população, nas palavras do governo: “O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. (Brasil, 2019, p. 3)

Além disso, é afirmado na nota, que os problemas da desassistência no campo da saúde mental seria uma consequência do progressivo fechamento dos hospitais psiquiátricos no Brasil:

O Brasil conta hoje com uma cobertura deficitária nesta modalidade assistencial (de hospitais psiquiátricos especializados). [...] Tal cenário é fruto direto dos equívocos de fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil nas últimas duas décadas principalmente. Além do aumento do número de pacientes com transtornos mentais graves nos cárceres brasileiros, problemas na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental acabou concorrendo também para o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das cracolândias, aumento da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de Serviços de Emergência aguardando por vagas para internação psiquiátrica.” (Brasil, 2019, p. 5)

Muitos problemas se expressam nas justificativas dadas pelo Ministério. A crítica ao fechamento de leitos psiquiátricos e a ênfase em serviços substitutivos parece desconsiderar os avanços e os princípios da reforma psiquiátrica, que justamente visavam acabar com a lógica manicomial e promover um cuidado mais humanizado e integrado na comunidade. O que sugere, representa senão o retorno ao modelo manicomial.

A alegação de que houve aumento de problemas como suicídio, pessoas em situação de rua com transtornos mentais e proliferação das cracolândias trata-se de uma análise parcial, não levando em conta os limites da expansão e fortalecimento de todos os serviços da RAPS e podemos acrescentar também a complexidade da

realidade brasileira que nos mostram os indicadores de pobreza, desemprego e violência em nosso país.

O texto do governo naturaliza a volta dos hospitais psiquiátricos como uma solução, ignorando décadas de luta contra a institucionalização e a favor da inclusão social e dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico e que fazem uso intenso e indesejado de substâncias psicoativas. As mudanças refletem um afastamento dos princípios da RPB e da Redução de Danos, em favor de uma abordagem mais conservadora e também punitiva. Isso representa um retrocesso significativo em relação aos avanços conquistados, como bem analisam diferentes pesquisadores, são expressões claras de contrarreformas na política de saúde mental no Brasil.

Quanto às medidas relativas propriamente as Comunidades Terapêuticas, além das entidades serem beneficiadas por dentro de algumas das medidas aqui mencionadas, como por exemplo, da medida que tratou das diretrizes que apontou como uma delas a ampliação dos serviços Residenciais e Transitórios que também se refere às CTs, destacam-se outras medidas mais específicas ao tema.

Entre estas, destacamos aqui, a Portaria nº 2 /2017, que instituiu o Comitê Gestor Interministerial composto pelos Ministérios da Justiça e Segurança Pública, da Saúde, do Desenvolvimento Social e do Trabalho. Essa medida interministerial visa promover uma atuação integrada entre diferentes órgãos do governo federal, tendo como foco principal fortalecer o acolhimento residencial transitório de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, inclusive por meio de parcerias com entidades privadas sem fins lucrativos, em que se destacam as CTs. Brasil (2017)

Em 2018, tivemos a instituição de mais um comitê, desta vez, um voltado especificamente para tratar das Comunidades Terapêuticas, no sentido de consolidar normas, diretrizes e estratégias sobre essas entidades, através da Portaria nº 3.449/2018. (Brasil, 2017)

Já a partir de 2018, que marca o início de uma mudança contundente no cenário político, teremos, a continuidade desse movimento de avanço das CTs ao tempo de retrocessos no campo da saúde mental, álcool e drogas. (Brasil, 2018)

Sobre as CTs, são criadas as Portarias nº 562, 563, 564/2019. A primeira, Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de CTs, a segunda, o cadastro de credenciamento das CTs no Ministério da Cidadania e a terceira, institui a Certificação

de Qualidade dos Cursos de Capacitação para CTs, no sentido de fortalecer ainda mais tais entidades.

Se seguem a estas medidas a problemática aqui mencionada da ênfase da abstinência em detrimento da estratégia de redução de dados, e a ênfase na ampliação das Comunidades Terapêuticas, expressando a centralidade das CTs, nas políticas de saúde mental, álcool e drogas.

Essa centralidade é tanta, que em 2020, acompanhamos a promulgação da Resolução nº 3/2020 do CONAD que regulamentou o atendimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas, público que no Brasil é contemplado com uma das legislações mais avançadas, como sujeitos detentores de direitos próprios. Não menos importante as CTs, foi a publicação da Lei Complementar nº 187, que dispõe sobre a imunidade de contribuições à seguridade social. (Brasil, 2020)

E em 2022, temos a publicação do Plano Nacional de Políticas Sobre Drogas 2022 - 2027 que vai referenciar de modo contundente tais entidades. Dentro do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas, as CTs são explicitamente mencionadas e destacadas em diversos aspectos. Por exemplo, no eixo estratégico de "Fomentar a implementação e execução de políticas públicas de prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas", as CTs são inseridas como parte fundamental da rede de assistência integrada, pública e privada. Elas são reconhecidas como locais de tratamento, acolhimento, acompanhamento, apoio, mútua ajuda e reinserção social para indivíduos com problemas decorrentes do uso, uso indevido ou dependência de álcool e outras drogas. (Brasil, 2022)

Além disso, no eixo estratégico de "Promover e ampliar a oferta de ações de tratamento, cuidado e reinserção social para usuários e dependentes de álcool, tabaco e outras drogas", as CTs são novamente ressaltadas. Nesse contexto, são mencionadas como parte das medidas para regular, avaliar e acompanhar o tratamento, acolhimento e cuidado de pessoas com uso indevido de álcool e outras drogas, enfatizando uma visão holística do ser humano e a importância da intersetorialidade e transversalidade das ações. (Brasil, 2022)

Essa forte presença das CTs no Plano Nacional de Políticas sobre Drogas reflete a continuidade da política de fortalecimento dessas instituições. Ao destacar as CTs em diferentes aspectos do plano, o governo reforça sua importância na abordagem nacional das questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas,

apesar das críticas e preocupações levantadas por diversos setores da sociedade civil e especialistas da área da saúde mental.

A partir de 2023, mesmo com as modificações políticas, observa-se a continuidade da expansão das Comunidades Terapêuticas (CTs) e a investida do Estado em medidas para fortalecê-las. Um exemplo disso foi a criação do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas no Brasil, através do Decreto nº 11.329/2023. Posteriormente, esse departamento foi modificado para Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (Brasil, 2023).

A mudança foi motivada pela recepção negativa de diversos setores, incluindo conselhos de trabalhadores, movimentos sociais e até mesmo o próprio Conselho Nacional de Saúde, que emitiram notas de repúdio. A resolução construída pelo Conselho Nacional de Saúde destacou a necessidade de revogar a criação do Departamento, evidenciando a resistência a essas políticas por parte de vários segmentos da sociedade<sup>4</sup>.

## **2.4 A incompatibilidade da estrutura das CTs com os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**

Cabe destacar aqui, que essa expansão das Comunidades Terapêuticas, atreladas a medidas estatais num primeiro momento paralelo às transformações no campo da saúde mental álcool e drogas e posteriormente entrelaçado, sendo as CTs acolhidas paulatinamente pelo Estado e reconhecidas como membro da RAPS, representa senão uma contundente contradição a direção da reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo inclusive um fenômeno que gera debates a longa data em nosso país, no qual, defensores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, se opõe fervorosamente à existência das Comunidades Terapêuticas e sua presença no campo da saúde mental, álcool e drogas.

---

<sup>4</sup>Para ter acesso na íntegra a resolução do CNS, acesse: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/2857-recomendacao-n-001-de-26-de-janeiro-de-2023>. Entre os conselhos e movimentos sociais que citamos, estão: o COFEN: <https://www.cofen.gov.br/cns-recomenda-a-extincao-do-departamento-de-apoio-as-comunidades-terapeuticas/>; a ABRASME: <https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/179604/nota-de-repudio-criao-do-departamento-de-apoio-s-comunidades-teraputicas>; a ABRASCO: <https://abrasco.org.br/decreto-comunidades-terapeuticas/>; e a Destituinte: <https://desinstitute.org.br/sobre/>; entre outros.

Entre os fundamentos basilares dessa resistência e crítica, destaca-se, a contradição entre o paradigma da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a estrutura das Comunidades Terapêuticas.

A estrutura das Comunidades Terapêuticas diverge de maneira contundente ao paradigma da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. Enquanto a reforma que aqui eclodiu no final dos anos 1970 trouxe à tona uma transformação no campo da saúde mental, via desinstitucionalização e criação de serviços substitutivos no campo da saúde mental, como já mencionado brevemente neste trabalho, as Comunidades Terapêuticas representam aquilo que se almeja superar, haja vista o caráter fechado e estratificado dessas instituições que usam como estratégia a retirada das pessoas da sociedade, segregando-as e isolando-os da famílias, da sociedade e dos seus pares.

Uma análise crítica sobre tais entidades foi feita ainda por uma grande referência teórico-prática da reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo: Franco Basaglia. Basaglia, testando experiências no campo da saúde mental, ao desenvolver a estratégia da Comunidade Terapêutica (cabe destacar que na estrutura similar à de Maxuel Jones aqui mencionada no primeiro tópico do trabalho), identificou sério limites nela, tais quais, a manutenção de aspectos da estrutura manicomial e o afastamento das pessoas internadas da realidade, haja vista a lógica das Comunidades Terapêuticas se distanciar e muito das dinâmicas do real.

Além dessa contradição basilar, se destacam, como combustível às críticas e resistências às CTs, as sérias notificações de irregularidades, práticas abusivas e violações de direitos humanos no âmbito das Comunidades Terapêuticas que foram identificadas em inspeções realizadas nesses espaços nos anos de 2011 e 2017, e se atualizam nas em reportagens divulgadas mais recentemente, em 2022 e 2023, na Rede Globo<sup>5</sup>.

No rol, das práticas abusivas e das violações de direitos humanos encontradas nas duas experiências, destaca-se, a identificação da violação da liberdade religiosa; desrespeito ou o constrangimento à diversidade de orientação sexual e identidade de gênero no âmbito das CTs; a aplicação de sanções e indícios de tortura no âmbito

<sup>5</sup> Reportagens repercutidas na rede globo acerca de violações de direitos em CTs, em 2022: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2022/06/20/comunidades-terapeuticas-tem-recebido-cada-vez-mais-dinheiro-publico-repassado-por-municios-estados-e-pela-uniao.ghtml>; em 2023: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2023/11/24/fantastico-denuncia-casos-de-violencia-contra-dependentes-quimicos-em-comunidades-que-se-dizem-terapeuticas.ghtml>;

das Comunidades Terapêuticas; o emprego da “laborterapia”, imposição da obrigação dos internos realizarem tarefas cotidianas de manutenção da estrutura física da instituição, entre outras questões que oferecem subsídios significativos para questionamentos sobre o funcionamento das Comunidades Terapêuticas (CTs).

Muitos dos aspectos mencionados refletem características reveladas pela pesquisa do IPEA. Segundo a referida pesquisa (Brasil, 2017), uma forte característica das Comunidades Terapêuticas trata-se da sua orientação religiosa. No estudo fora registrado que, “[...] a grande maioria das CTs brasileiras se vincula com igrejas e organizações religiosas (82%), notadamente as de matriz cristã” (Brasil, 2017, p.20), conforme anteriormente destacado.

A predominância da orientação religiosa respinga diretamente nos métodos e recursos de tratamento que são empregados pelas entidades, destaca-se que 95,6% das Comunidades Terapêuticas utilizam como método, o emprego da espiritualidade, conforme já dito, cabe aqui a ressalva desse quantitativo ser superior aquele que trata das entidades que indicaram orientação religiosa (82%), a pesquisa traz uma importante consideração que pode nos ajudar na compreensão dessa contradição, ao apontar que, ainda que muitas das CTs não se identificarem como de orientação religiosa, o fazem. Ao justificar essa orientação, as CTs,

[...] mencionaram que estimulam a fé dos internos em “um ser superior” (divino) por entendê-la como essencial ao processo de transformação dos sujeitos, pretendido pelo modelo de tratamento. Isto sugere que o cultivo da espiritualidade – um dos pilares do modelo das CTs – prescinde, a princípio, de maior formalização institucional religiosa [...] (Brasil, 2017, p.20)

Constatou-se, portanto, que além da espiritualidade, outros métodos se destacam: a laborterapia (92,9%), a psicoterapia em grupo (88,5%), a psicoterapia individual (84,6%) entre outras práticas. Sobre a laborterapia, o estudo do IPEA mostra que, esta tem uma grande dimensão entre as CTs, enfatiza que um fato que chama a atenção é que, “esta aparece pouco articulada a projetos e ações de qualificação dos internos para o mercado de trabalho: apenas 46% das CTs indicaram as atividades de qualificação como rotineiras”. (Brasil, 2017, p. 22)

Outras duas questões nos chamam atenção no estudo, trata-se da disciplina, no âmbito das CTs, sendo destaque as regras e as sanções em caso de descumprimento das primeiras. O IPEA, destaca que, “a disciplina consiste em um

dos pilares do modelo das CT, uma vez que os sujeitos ali internados são percebidos e representados como pessoas desregradas e indisciplinadas.” (Brasil, 2017, p.23).

No campo das regras, se destacam, como as práticas menos permitidas: a possibilidade de os acolhidos terem relações sexuais no período de tratamento; usar celular/internet; guardas seus próprios documentos; se ausentar da execução de tarefas da laborterapia; fumar cigarro de tabaco; ou ainda aquelas atividades, que ainda que mais aceitas, enfrentam resistências, pelo caráter conservador e religioso que orientam as práticas ali presentes, como a liberdade de usar qualquer corte de cabelo ou vestimentas.

No trato das medidas frente o descumprimento, chama atenção, entre os mais aplicados estão, a advertência oral, a comunicação a família ou pessoa de referência; ou até mesmo a suspensão de atividades de lazer, passeios e saídas, contatos telefônicos e em menor medida, o afastamento temporário dos demais atendidos. Analisando esses procedimentos, o IPEA em Brasil (2017, p.25) aponta que, no caso da prevalência da comunicação a família de possíveis quebra das regras, “atesta a condição tutelada em que os internos são colocados nestas instituições, evidenciando que estas pessoas são percebidas e representadas, no âmbito das CTs, como incapazes de se responsabilizar por seus próprios atos”.

Em suma, os relatórios de inspeção colocam em perspectiva diversas questões identificadas na pesquisa do IPEA, mostrando que por trás do estímulo à fé, da laborterapia e das medidas disciplinares estão ocorrendo sérias violações de direitos humanos nas CT.

### **3. DETERMINANTES DO AVANÇO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL**

Até aqui, apresentamos elementos relacionados ao surgimento e à expansão das Comunidades Terapêuticas, destacando como essas entidades se expandiram no Brasil e as medidas estatais que influenciaram esse processo. Neste capítulo, entretanto, avançaremos para uma análise mais aprofundada sobre essa expansão, apresentando alguns dos seus determinantes econômicos, políticos, sociais e culturais.

#### **3.1 Limites da ampliação dos serviços públicos no campo da saúde mental no Brasil: cenário perfeito para o avanço das CTs**

Como primeira questão de peso para a expansão dessas entidades no país, destaca-se a carência de serviços públicos de qualidade para atender as demandas relacionadas ao uso intenso e indesejado de substâncias psicoativas.

Apesar de após os anos 2000 termos importantes transformações no campo da saúde mental, álcool e drogas, em que houve de fato a conquista de uma nova abordagem na política de saúde mental, e a criação de serviços de base comunitária a este campo, esses avanços são limitados.

Conforme Costa (2016) já observava, em seu período de estudo (2000-2016), os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, que são um dos principais equipamentos resultantes das conquistas do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, foram ampliados, no entanto, essa ampliação não ocorreu no ritmo necessário e igual considerando os vários tipos de CAPS existentes.

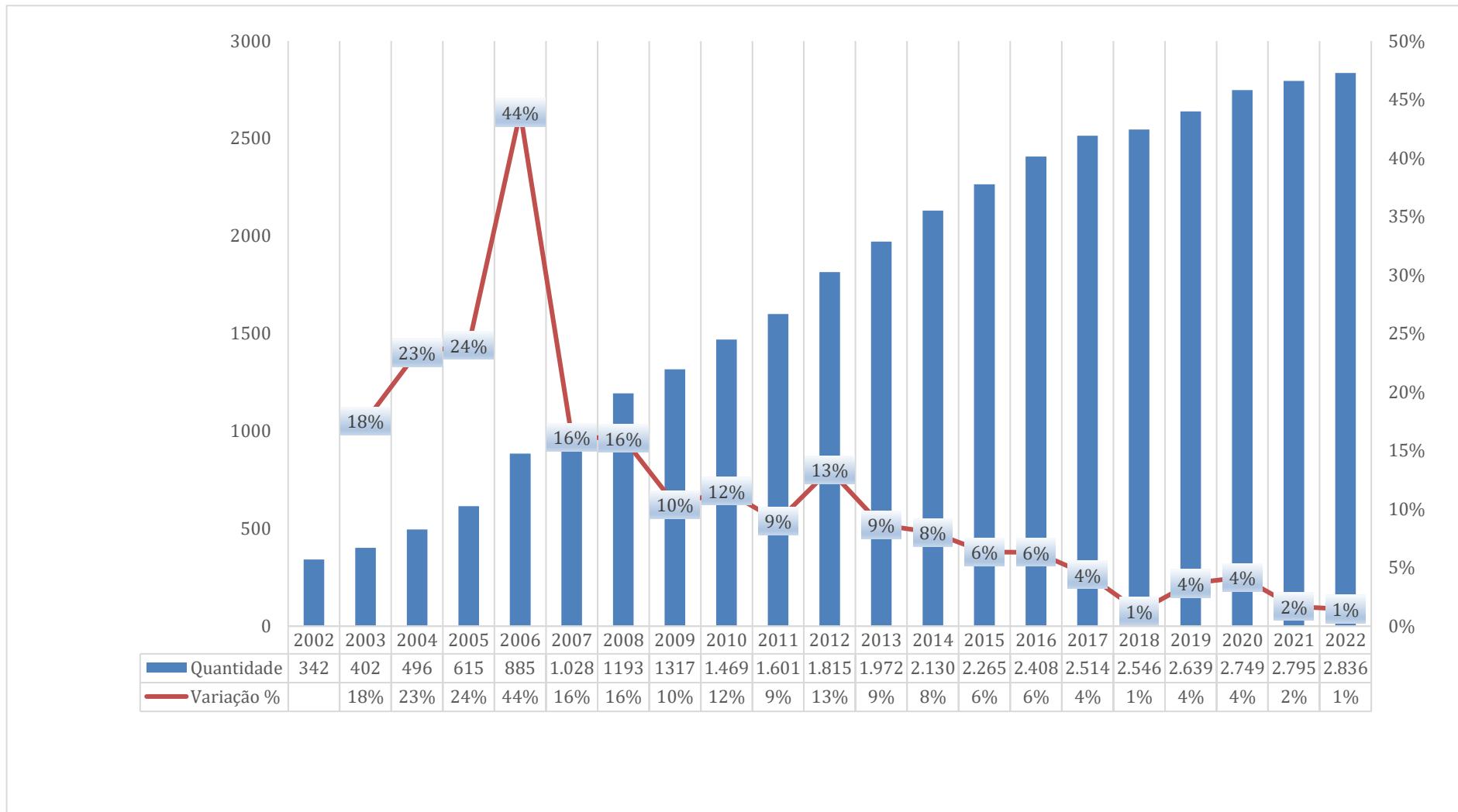
A partir dos dados apresentados pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, no Relatório Brasil (2022a), podemos observar que esse cenário de ampliação de CAPS em ritmo lento continua sendo uma realidade considerando o comportamento da variação percentual de novos CAPS habilitados ano a ano.

No ano do estudo realizado por Costa (2016), a variação percentual do número de CAPS habilitados foi de 6%, o que significa o aumento de 6% no número de CAPS habilitados em comparação a 2015. Conforme apresentamos no gráfico 1, essa variação já era bem reduzida comparada aos crescimentos percentuais dos anos anteriores, com exceção de 2005-2006 (que o crescimento percentual foi de 44%).

No entanto, a partir de 2016, a tendência da variação é de queda no quantitativo de CAPS habilitados no país.

Inclusive em 2018 e em 2022 temos as baixas mais expressivas onde o número variou apenas em torno de 1%, o que nos deixa na condição de ter no ano de 2022, 2.836 CAPS para um total de 5.569 municípios brasileiros.

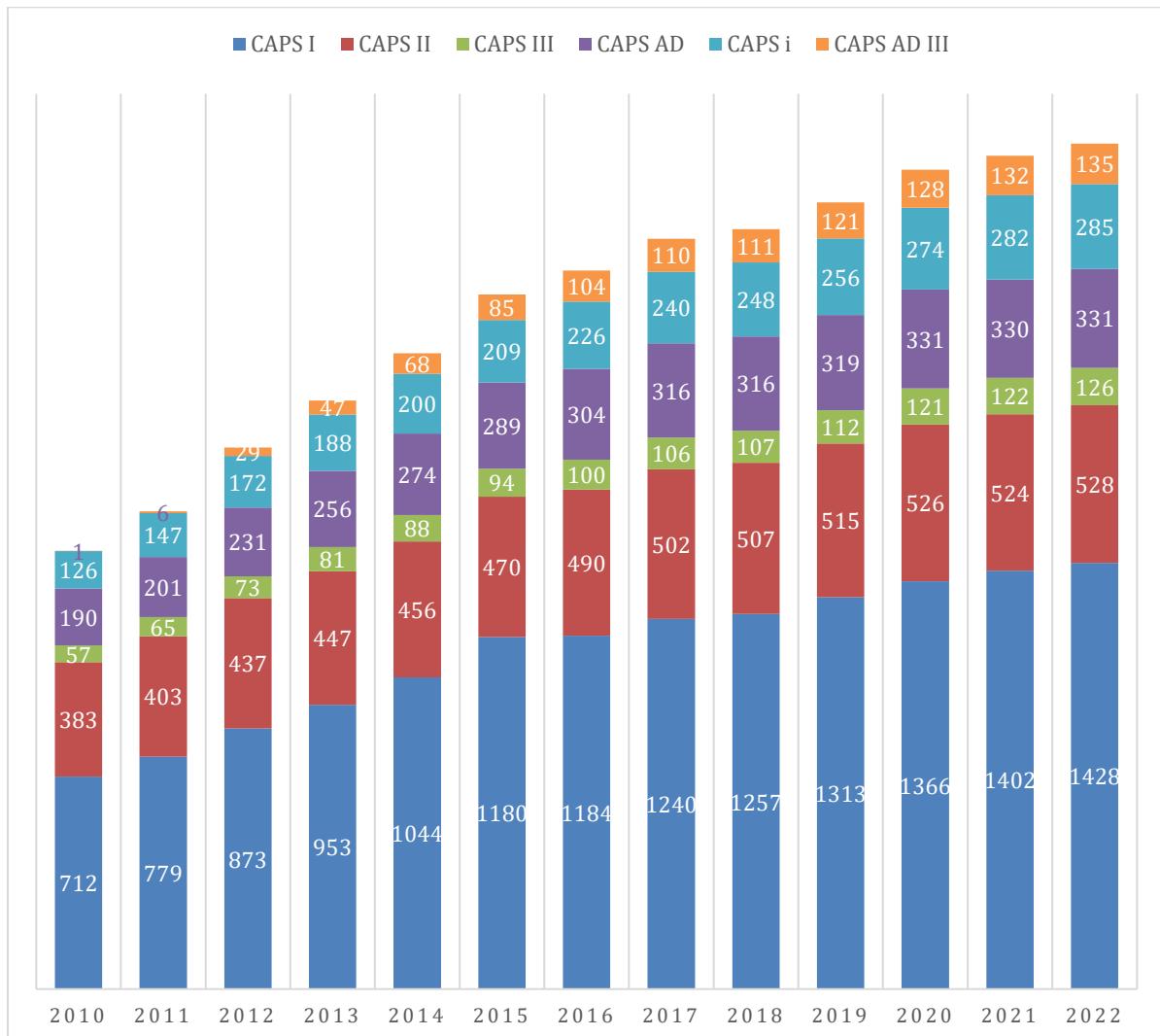
**Gráfico 1 – Número e variação de CAPS habilitados, por ano (2010-2022)**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Relatório Brasil (2022a)

A diminuição ano a ano no quantitativo de CAPS criados no país, mantém a acentuada disparidade dos diferentes tipos de CAPS, haja vista que conforme nos revela do gráfico 2, a criação de novos CAPS além de lenta, também é desigual, resultando na prevalência de CAPS do tipo I e II em relação aos demais tipos de Centros de Atendimento.

**Gráfico 2 - Quantidade de CAPS habilitados, por tipo de serviço, 2010-2022**



Fonte: Elaboração própria, a partir do Relatório Brasil (2022a)

Nessa realidade os serviços mais escassos são as modalidades que funcionam 24 horas. Em 2022, temos apenas 126 CAPS III, que de fato tem a capacidade de substituir os hospitais psiquiátricos como bem analisou Costa (2016), e 135 CAPS AD III que podem prestar um serviço 24 horas para pessoas com problemas decorrentes

do uso intenso e indesejado de substâncias psicoativas. Para os mais de 5.000 municípios brasileiros, esse número é claramente insuficiente.

Ainda sobre os quantitativos de CAPS no país, é importante notar que a Lei nº 3.088/2011, que instituiu a RAPS, também delimitou exigências para a criação dos CAPS nos municípios brasileiros, sendo a principal delas a densidade demográfica. Conforme o art. 7º, § 4º da supracitada lei, os CAPS do tipo I seriam indicados para municípios com mais de 20.000 habitantes, os CAPS II para municípios com mais de 70.000 habitantes, os CAPS III para municípios com mais de 200.000 habitantes, os CAPS AD para municípios com mais de 70.000 habitantes, os CAPS AD III para 200.000 habitantes e os CAPS i para municípios com mais de 150.000 habitantes.

Numa breve análise do número de CAPS existentes em relação ao número de municípios que atendem a essas exigências de densidade demográfica, constatamos uma significativa insuficiência na implementação de CAPS I, III, AD e AD III, cujas unidades não foram expandidas nem mesmo de acordo com as necessidades populacionais previstas na Lei nº 3.088/2011, conforme apresentado no quadro abaixo.

**Quadro 4 - Municípios habilitados a receberem CAPS x CAPS existentes**

Tipos de CAPS	Nº de municípios brasileiros habilitados	Quantidade de CAPS existentes	Defasagem
CAPS I (+20.000)	1800	1428	-372
CAPS II (+70.000)	474	528	54
CAPS III (+200.000)	155	126	-29
CAPS AD (+70.000)	474	331	-143
CAPS AD III (+200.000)	155	135	-20
CAPS i (+150.000)	201	285	84

Fonte: elaboração própria, a partir das estimativas do número de habitantes por município do IBGE (2022) e do Relatório Brasil (2022a).

No comparativo apontando, os CAPS do tipo II e i foram implementados de forma alinhada aos parâmetros legais, no entanto, essa questão exige uma reflexão

mais aprofundada, especialmente considerando que o Brasil é composto por 5.569 municípios.

Tratando dos CAPS i, apesar de o número de 285 CAPS i superar os 201 municípios que, conforme os critérios demográficos, estão habilitados a recebê-los, o atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e usuárias de psicoativos continua limitado. Esses 285 CAPS i, especializados no público infanto-juvenil, são insuficientes para cobrir a totalidade dos municípios, o que torna questionável a eficácia dessa determinação que está prevista em lei. Embora a criação de CAPS i tenha ocorrido dentro do previsto, seu quantitativo é insuficiente para garantir o atendimento adequado a uma população dispersa em diversas regiões do país, muitas das quais enfrentam graves barreiras de acesso aos serviços especializados de saúde mental.

Essa condição revela fragilidade na rede de atenção à população infanto-juvenil, bem como contradições, especialmente no fato de que o Estado tende a enfocar em seus relatórios o aumento de pessoas usando psicoativos no Brasil, no entanto tem investido pouco no campo da saúde mental, de modo que ele regozija o problema, mas não estimula suficientemente esforços para respondê-lo.

Esse cenário acaba sendo fértil para a expansão das Comunidades Terapêuticas no Brasil, e no atendimento de adolescentes nesses espaços - fenômeno que pretendemos nos apropriar mais detalhadamente posteriormente. As CTs acabam também por se legitimar diante dessa defasagem em termos numéricos. Muitas vezes, os próprios equipamentos públicos acabam sendo ponte de passagem das pessoas com problemas decorrentes de uma determinada relação com os psicoativos para as CTs. Conforme pesquisas, pessoas chegam nas CTs por meio de encaminhamentos de serviços públicos. Em diversos municípios brasileiros, diante do vazio assistencial, conforme exibido nos dados, as CTs acabam sendo a única opção para atender às demandas da população.

Por trás desta questão, temos, entretanto, fatores mais complexos que refletem nesta precarização.

### ***3.1.1 Ciclo de acumulação do capital na economia dependente e problemáticas relativa a carga tributária brasileira e suas implicações nas políticas públicas de saúde***

Em primeiro lugar destaca-se aspectos relativos ao ciclo de acumulação da nossa economia dependente e periférica, e a carga tributária brasileira, que trazem implicações a composição do fundo público brasileiro, que como bem define Salvador (2012, p.7):

[...] envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, seja por meio das empresas públicas, pelo uso das suas políticas monetária e fiscal, assim como pelo orçamento público. Uma das principais formas da realização do fundo público é por meio da extração de recursos da sociedade na forma de impostos, contribuições e taxas, da mais-valia socialmente produzida.

Salvador e Ribeiro (2023), trazem contribuições contundentes neste debate, apoiados na Teoria Marxista da Dependência - TMD. Os autores apontam que no Brasil, como noutras países dependentes, há determinadas características do ciclo de acumulação do capital que resultam em limitações ao fundo público e consequentemente no montante de recursos disponíveis para serem aplicados nas políticas sociais.

De acordo com os autores, o ciclo do capital, de maneira geral, ocorre em três fases: circulação, produção e circulação. Os autores analisam que o processo de execução destas fases em nossa economia dependente reflete em baixos recursos ao nosso fundo público.

Na primeira fase, que é a circulação, os autores apontam que há a presença do capital estrangeiro como parte do dinheiro que é usado para dar início ao ciclo. Além disso, há também a importação de meios de produção como maquinários e equipamentos. Na segunda fase, que é a produção, destaca-se na realidade do país dependente a execução da superexploração da força de trabalho. Isso diz respeito ao processo em que, em nossa particularidade, são acionados mecanismos de aumento da exploração como, aumento da intensidade do trabalho, prolongamento da jornada ou ainda o rebaixamento dos salários, o que implica diretamente na terceira fase do ciclo que é a circulação.

Conforme os autores, esses processos implicam na composição do fundo público. O Estado perde recursos que deveriam compor o fundo público, dado que o uso de capital estrangeiro e a importação de bens de capital, significa que recursos resultantes do final do ciclo serão utilizados para estornar os empréstimos,

financiamentos e os bens de produção. Logo os recursos que poderiam compor o fundo público são repassados para países imperialistas.

No caso da superexploração da força de trabalho, além dos efeitos perversos sobre a classe trabalhadora do nosso país, destaca-se, a baixa capacidade de consumo diante dos baixos salários. Essa questão respinga na composição do nosso fundo público, haja vista que uma das maiores fontes de arrecadação são justamente impostos sobre o consumo. Pouco consumo resulta em baixa arrecadação, ao implicar na realização das mercadorias.

No trato sobre a carga tributária brasileira, os autores também apontam que a configuração dessa também reflete na composição do nosso fundo. Tendo por base os números da arrecadação tributária dos municípios, estados e da União do ano de 2021, expostos na figura 1, Salvador e Ribeiro (2023), analisam que, no Brasil, temos uma carga tributária regressiva, o que significa que o maior volume dos impostos arrecadados advém das pessoas de renda mais baixa, sendo a participação dos mais ricos do nosso país extremamente discreta.

**Figura 1 - Arrecadação tributária em 2021, em R\$ milhões**

Base de incidência econômica	R\$ milhões	% Participação sobre Total	Em % do PIB
<b>Renda</b>	<b>883.194,30</b>	<b>31,60%</b>	<b>9,92%</b>
Trabalhadores	447.103,78	16,00%	5,02%
Capital	322.526,84	11,54%	3,62%
Outros	113.563,68	4,06%	1,28%
<b>Patrimônio</b>	<b>142.732,71</b>	<b>5,11%</b>	<b>1,60%</b>
Propriedade Imobiliária (urbana e rural)	58.065,72	2,08%	0,65%
Propriedade de Veículos Automotores	51.761,55	1,85%	0,58%
Transferências Patrimoniais	32.905,44	1,18%	0,37%
<b>Consumo</b>	<b>1.654.353,69</b>	<b>59,20%</b>	<b>18,59%</b>
Gerais	947.308,33	33,90%	10,65%
Seletivos	192.511,57	6,89%	2,16%
Comércio Exterior	62.036,13	2,22%	0,70%
Outros	452.497,67	16,20%	5,08%
<b>Outros tributos</b>	<b>114.293,70</b>	<b>4,09%</b>	<b>1,28%</b>
<b>Total da arrecadação</b>	<b>2.794.574,40</b>	<b>100,00%</b>	<b>31,40%</b>

Fonte: Salvador e Ribeiro (2023)

Isso se expressa diante da prevalência dos impostos sobre o consumo, este diz respeito a mais da metade dos tributos arrecadados. Os bens de consumo são

produtos como roupas, alimentos e eletrônicos. Isso implica de modo contundente sobre os mais pobres, haja vista, que são estes que gastam a maior parte de sua renda com o consumo desses bens. Diferentemente, os ricos gastam a maior parte de sua renda com bens que não são tributados no Brasil, como, compras de ações e envio de lucros para o exterior. O que reflete além da baixa arrecadação, em desigualdade quanto a manutenção do fundo público, que recaem essencialmente sob responsabilidade dos trabalhadores.

A regressividade também se expressa nas desigualdades sobre a tributação sobre os salários. Os números da carga tributária no Brasil, apontam que há uma sobreposição de impostos da renda dos trabalhadores e baixa tributação ao capital. Os autores destacam inclusive que, “Os donos do capital também não são tributados na condição de pessoas físicas, pois, desde 1996, no curso de um ajuste fiscal permanente, vigora no país a isenção do Imposto de Renda sobre Lucros e Dividendos” (Salvador; Ribeiro, 2023, p. 11).

Os autores chamam atenção que, uma questão problemática que imprime desigualdade na tributação sobre a renda é a defasagem na correção do Imposto de Renda, aponta inclusive que, depois de 2016, pós-golpe sobre a então Presidente Dilma Rousseff (PT), houve uma piora, posto que, “foi interrompida a política de reajuste da tabela do IR que vigorou no período de 2005 a 2014. Com isso há uma queda excepcional na faixa de isenção do IR sobre os rendimentos do trabalho no Brasil” (p. 13).

Essas questões reduzem os montantes arrecadados pelo Estado, para a composição do fundo público, o que mudaria se caso a taxação tivesse cunho progressivo, isso refletiria na maior disponibilidade de recursos. Sem falar do peso das renúncias tributárias. Tais questões impactam diretamente nos gastos públicos e sua disponibilidade de investimentos nos serviços de atenção à saúde mental e nas demais políticas públicas.

### ***3.1.2 A hegemonia do neoliberalismo e seus efeitos sobre as políticas sociais***

Em segundo lugar, podemos destacar aqui, como outro fator que reflete na precarização dos serviços públicos no âmbito da saúde mental, a hegemonia do neoliberalismo. O neoliberalismo, conforme Harvey (2008), trata-se de uma teoria das práticas políticas e econômicas, que se consolidou como uma hegemonia a partir dos

anos 70 em diversos Estados-Nação<sup>6</sup>. Essa teoria das práticas avançou como “um projeto político de restabelecimento das condições da acumulação do capital e de restauração do poder das elites econômicas.” (Harvey, 2008, p.13), que se fez apresentar diante de ameaça política e econômica que o capitalismo enfrentou na emergência da crise estrutural<sup>7</sup>, o que se expressava na agitação das forças populares, e na ampliação de partidos comunistas e socialistas no cenário, bem como, na queda da renda dos mais ricos.

São destaque do neoliberalismo, a proposição de que:

[...] o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos à propriedade privada, livres mercados e livres comércios. (Harvey, 2008, p.6)

Neste, o papel do Estado na perspectiva neoliberal seria o de “criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas” (Harvey, 2008, p.6), num movimento em que essas intervenções fossem mínimas, especialmente no âmbito social para não atrapalhar a livre concorrência, a intervenção se resumiria assim, a medidas que garantem as melhores condições para a competição. Questão essa que se assenta na centralização da concorrência, que é compreendida como principal fundamento ao desenvolvimento econômico e social, conforme nos elucidam Dardot; Laval (2016):

Mas, ainda que admitam a necessidade de uma intervenção do Estado e rejeitem a pura passividade governamental, os neoliberais opõem-se a qualquer ação que entrave o jogo da concorrência entre interesses privados. A intervenção do Estado tem até um sentido contrário: trata-se não de limitar o mercado por uma ação de correção ou compensação do Estado, mas de desenvolver e purificar o mercado concorrencial por um enquadramento jurídico cuidadosamente ajustado. Não se trata mais de postular um acordo espontâneo entre os interesses individuais, mas de produzir as condições ótimas para que o jogo de rivalidade satisfaça o interesse coletivo. [...] combina a reabilitação da intervenção pública com uma concepção do mercado centrada na concorrência [...] o princípio central da vida social e individual [...] (Dardot; Laval; p. , 2016)

<sup>6</sup> Cabe destacar que apesar de avançar nos anos 70 como uma hegemonia, o neoliberalismo tem historicidade, surge ainda na primeira metade do século XX, o que pode ser identificado a partir das contribuições de Dardot e Laval (2016).

<sup>7</sup> A crise estrutural a que nos referimos trata-se, do esgotamento do momento de expansão capitalista que marcou os anos 40 e 70, , em que foram contidos os típicos ciclos de recessão do capitalismo, o que permitiu a predominância dos ciclos de expansão, ou para Mandel (1990) a onda longa expansiva do capital. Tal crise, trata-se da erosão medidas anticrises, as que marcaram a fase expansionista, em que se destacam a aceleração da inflação.

No Brasil, o neoliberalismo, se consolida como hegemonia em meados dos anos 90. em todas gestões, que se seguem após os anos noventa tais quais, Fernando Henrique Cardoso - FHC (1995-2003), Lula (2003-2011) e Dilma (2011-2016), Temer (2016-2019), Bolsonaro (2019-2023) e ao que tudo indica até o presente governo Lula que venceu o pleito eleitoral de 2022, foram e vêm sendo reproduzidas medidas sob a lógica neoliberal.

Entre as principais medidas aplicadas nos últimos 30 anos, destacam-se desregulamentações, privatizações e o afastamento do Estado da área social, que vão sendo implementadas com intensidades diferentes. Conforme Brettas (2020), sobre as políticas sociais, diferente dos processos que se veem nos países de capitalismo central em que o neoliberalismo avançou desmantelando as políticas sociais, aqui ele avança configurando as políticas sociais.

A marca do neoliberalismo, sob as políticas sociais, acarreta não só o aprofundamento da focalização e fragilidade das políticas públicas, tendências que são longevas na realidade brasileira diante da sua real configuração de um país dependente e periférico diante sobretudo dos ajustes fiscais e cortes sobre as políticas, mas também, produz o fenômeno da financeirização, no qual, temos a entrada da lógica de mercado no âmbito das políticas sociais e a transformação de parte do fundo público que consegue ser direcionado as políticas em capital, haja vista o avanço de ações que permitem a apropriação do dinheiro público pelo o mercado financeiro, de modo que recursos públicos são convertidos em capital e logo geradores de lucro.

Não menos importante, destaca-se também, sob o jugo neoliberal processos de punção do fundo público, o que se faz expressar especialmente pelos gastos com a dívida pública expressados via transferências de montantes para pagamento de juros e amortizações da dívida, que vem capturando década a década volumosos recursos do Estado, o que reduz o nosso já limitado fundo público.

No governo de FHC, tivemos um cenário marcado pela aplicação intensa das diferentes medidas neoliberais, que cabe destacar, foram previamente anunciadas através de um importante documento da época: "O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado – PDRE," construído pelo Ministério de Administração e Reforma do Estado, que tinha a frente Bresser Pereira.

Podemos apontar que o carro-chefe do período foram as privatizações, que podemos tipificar como clássicas e não-clássicas, seguindo as definições de Granneman (2012), que conceitua:

- a) clássicas: aquelas que consistem na venda e alienação do fundo público, definitiva ou provisoriamente, com entrega do patrimônio;
- b) não-clássicas: para as privatizações que não implicam a venda e entrega direta do patrimônio das estatais, mas, em transferências de recursos monetários, por meio de mecanismos – burocrático-legais – cada vez mais sofisticados, para diferentes entes jurídico-administrativos como empresas subsidiárias, organizações, fundações e etc., de natureza e direito privados, que se pretendem executoras de ‘políticas sociais’. (Granemann, 2012, p. 47)

No trato sobre as privatizações clássicas, destacam-se a transferência de empresas e ativos antes controlados pelo Estado, para o setor privado, o que significou, respectivamente, a venda de empresas completas que antes eram de propriedade do Estado, tais como, o sistema de Telecomunicações (Telebrás) a Companhia Vale do Rio Doce (Vale) e a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN); e vendas de partes específicas ou segmentos das empresas estatais, tais como, a venda de plantas de geração de energia e linhas de transmissão do setor de Energia Elétrica, partes específicas do Setor de Infraestrutura de Transporte e a venda de poços de petróleo via leilões realizados à época. (Behring, 2003)

No trato das privatizações não clássicas, foi construído no período o Programa de Publicização, que promoveu a regulamentação do chamado Terceiro Setor, em que além de normativas de entidades filantrópicas que foram qualificadas para o desenvolvimento de serviços, também foram criadas novas modalidades jurídico-institucionais, como as Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), abrindo o caminho para a transferência da gestão de serviços do Estado para entidades não estatais.

Ainda de acordo com Behring (2003), além das privatizações, destacaram-se no governo FHC, o ajuste fiscal sobre as políticas sociais, a principal expressão deste deu-se na redução das parcelas do orçamento e no crescimento vegetativo dos recursos para diferentes setores. Não menos importante, destaca-se no período, medidas de contrarreforma no campo previdenciário, o que é representado pela Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e a Lei nº 9.876/1999 conhecida como Lei do Fator Previdenciário, da flexibilização das relações trabalhistas.

Como medida de punção de recursos do fundo público, destaca-se nesse governo a criação da Desvinculação de Receitas da União - DRU, que por um bom tempo foi um meio de captura dos recursos para suprir gastos com a dívida pública.

Nos governos de Lula (2003-2011) e Dilma (2011-2016), Entre as medidas que reverberam o alinhamento das gestões petistas à agenda neoliberal, destacam-se, a prevalência das privatizações, de forma mais contundente do tipo-não clássica, ou seja, aquelas que não envolvem a entrega do patrimônio público. São expressões desta, a ampliação das parcerias público-privadas por meio do avanço dos contratos de gestão com Organizações Sociais, bem como a criação das Fundações Estatais de Direito Privado na área da saúde.

São outras expressões, a efetivação de contrarreformas trabalhistas e na previdência social, estas últimas diante das medidas publicadas em 2003, 2012 e 2015, que serviram como incentivo às previdências complementares/privadas. Também se destaca o avanço de políticas focalizadas no âmbito da assistência social, com ênfase aos benefícios de transferência de renda, impulsionando a financeirização das políticas sociais.

Não menos expressivo, trata-se da continuidade no período petista, das cada vez mais volumosas transferências de recursos públicos para a rolagem da dívida pública. Atrelado a isto destacam-se as transferências e recursos para o setor privado via recursos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES, por meio de empréstimos a preços irrisórios, o que se associa a tendenciosa manutenção e inércia quanto aos volumes de recursos transferidos para o financiamento de políticas sociais, além de cortes e contingenciamentos destas.

Cabe destacar, que uma particularidade dos governos petistas, tratou-se do que Behring (2021) nomeia de deslocamentos das políticas neoliberais mais duras. Nas gestões, foram aplicadas medidas que melhoraram consideravelmente as condições de vida da classe trabalhadora ainda que sob a batuta neoliberal, e a ótica do estímulo por meio de medidas governamentais visando ao aumento do consumo, e a ampliação do crédito, sobretudo, dos créditos consignados, o que se fez também por meio da ampliação dos programas de transferência de renda e políticas de emprego e renda, são exemplos de medidas que refletiram na melhoria dos indicadores sociais da população brasileira.

Em Oliveira (2010), temos uma importante análise das gestões petistas, com ênfase, nas gestões Lula, para o curso da história do nosso país. Para o autor, com

Lula, teríamos vivenciado o que ele chama de uma “hegemonia às avessas”, situação onde, apesar de as classes dominadas aparentemente tomarem a direção da sociedade com Lula ao poder, a dominação capitalista, se tornou ainda mais explícita e robusta.

As ações neste sentido foram, a transformação por parte do governo, da pobreza em um problema de administração. Isso se deu através da centralização do Bolsa Família como solução, no qual, a pobreza deixou de ser uma luta estrutural contra o capitalismo e passou a ser tratada como uma questão técnica de administração pública; além disso, a cooptação dos movimentos sociais e de lideranças sindicais, que foram integradas pelo governo ao aparato estatal, resultando em desmobilização e neutralização das críticas e reivindicações que esses movimentos e atores vinham costurando a décadas.

Oliveira (2010), faz um paralelo do ocorrido no Brasil após a vitória de Lula, com os processos que se efetivaram na África do Sul nos anos 90, em que a população negra após muita luta e resistência conseguiu uma vitória moral e política contra o apartheid, no entanto, o governo pós-derrota do apartheid adotou políticas neoliberais que perpetuaram a dominação econômica pelas classes burguesas, mantendo e até intensificando a desigual exploração, sendo as favelas de Joanesburgo uma expressão sublime disto. Nossa vitória em 2002 contra os tucanos teria sido apenas simbólica para as classes dominadas.

O autor analisa ainda, que se abre com Lula em 2002, uma prática de dominação diferente e sofisticada de tudo que já tinha sido implementado no país, muda-se a equação da hegemonia, nas palavras do autor:

Estamos em face de uma nova dominação [...] Nos termos de Marx e Engels, da equação “força + consentimento” que forma a hegemonia desaparece o elemento “força”. E o consentimento se transforma em seu avesso: não são mais os dominados que o consentem em sua própria exploração; são os dominantes - os capitalistas e o capital, explicita-se - que consentem em ser politicamente conduzidos pelos dominados, com a condição de que a “direção moral” não questione a forma da exploração capitalista. (Oliveira, 2010, p. 27)

Cislaghi (2021), desenvolve uma análise consistente sobre as bases de legitimidade da direção moral dessa forma de dominação que é a hegemonia às avessas e associado a isto, define que estivemos sob os governos Lula e Dilma diante de um “neoliberalismo de cooptação”. A autora aponta que três, são as bases de legitimidade da direção moral da hegemonia que vigorou nos governos petistas, são

elas: as políticas focalizadas no combate à pobreza, que tratam-se de iniciativas como o bolsa família, que fornece assistência direta aos mais pobres, que servem para a manutenção da hegemonia criando uma percepção positiva das políticas governamentais haja vista sua capacidade de atender as necessidades urgentes, fomentando o apoio social por oferecerem um alívio imediato e tangível; As políticas de reconhecimento que trata-se daquelas que promovem a inclusão social de grupos historicamente marginalizados, as minorias, como mulheres, negros e a comunidade LGBT. No qual houve uma apropriação das pautas pela hegemonia neoliberal, num falseamento da realidade como se as contrarrepostas neoliberais estivessem solucionando os problemas, como exemplo, podemos destacar a transformação da pauta do combate às injustiças com sentido antissistêmico do feminismo, pela absorção de uma massa precarizada de mulheres no trabalho doméstico não pago;

Por fim, outra base trata-se do traço já apontado na análise de Oliveira (2010), que foi a cooptação dos movimentos sociais e dos líderes sindicais. Sobre este último Cislaghi (2021), acrescenta que um atrativo da cooptação foi a transferência do controle dos fundos de pensão para os movimentos e os líderes sindicais, ou seja, a entrada destes no mercado financeiro.

Nos governos Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2018-2022), teremos algumas alterações, enfrentamos o recrudescimento das medidas de cunho neoliberal, o que fundamentou que muitos autores (as) analisassem essa fase de recrudescimento, e afirmasse que a partir da gestão Temer, o Brasil tenha entrado em uma nova fase, a do ultraneoliberalismo.

No governo Temer, destaca-se, a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, que no seu período de tramitação foi popularmente apelidado de PEC do fim do mundo, tal medida determinou o congelamento de todos os gastos do governo por até 20 anos, com aumento restrito ao - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, impedindo o aumento do orçamento destinado a todas as políticas sociais, tais como, saúde, educação e assistência social. A exceção prevista na medida eram apenas as transferências para os gastos com a dívida pública, ou seja, gastos com juros e amortizações poderiam crescer em cima da estagnação do orçamento da área social.

Outra medida de peso, que condensa a nossa estadia ultraneoliberal, trata-se da Emenda Constitucional nº 93, que determinou o aumento do percentual da Desvinculação de Receitas da União - DRU, ou seja, o aumento do percentual de

recursos que podem ser retirados do orçamento da área social para o pagamento de gastos com a dívida pública, na resolução foi definido o aumento de 20 para 30%. Também se destaca na gestão ultraneoliberal de Temer, a contrarreforma trabalhista.

Em Bolsonaro teremos a continuidade do ultraneoliberalismo, expresso através de medidas também destrutivas a arena social e aos direitos sociais. Acrescenta-se ao cenário ainda a gestão neofascista do governo, aprofundando as problemáticas e as conquistas da classe trabalhadora brasileira. No geral, foram as medidas neoliberais do governo neofascista: “a projeção da venda de 17 estatais, a contrarreforma da previdência, o projeto future-se, cortes e contingenciamentos de recursos para as políticas sociais” (Behring, 2021, p. 210)

Findado o governo Bolsonaro, temos a vitória de Lula nas eleições contra o mencionado, e agora ex-presidente. O movimento do governo em seu primeiro ano, indica senão a tendência nas outras gestões petistas, da continuidade do neoliberalismo entretanto com alguns deslocamentos.

Fazemos essa afirmação da continuidade do neoliberalismo com base nas considerações de Salvador (2024) sobre o principal marco da política econômica do governo até então que é, o Novo Ajuste Fiscal – NASF, também chamado de regime sustentável, através da Lei Complementar nº 200, que vem a substituir a Emenda Constitucional - EC nº95, que como já apontado tratou-se do marco do ultraneoliberalismo no país, com seu congelamento dos gastos sociais primários.

O autor deflagra diversas continuidades da lógica do ajuste fiscal permanente no regime fiscal do governo Lula. Sendo um ponto de ainda de desmantelamento da estrutura do financiamento das políticas consagradas na Constituição Federal de 1988.

Na constituição conforme o autor, havia estabelecido, vinculações orçamentárias de algumas políticas sociais; estabelecimento de contribuições sociais para dar conta do financiamento efetivo dessas; bem como havia assegurados gastos mínimos obrigatórios com saúde e educação. (Salvador, 2024)

Conforme o autor, antes da EC 95,

as medidas de ajuste fiscal ocasionaram um subfinanciamento das políticas sociais com orçamentos vinculados [...] uma insuficiência de recursos [...] A partir do teto dos gastos passa a ocorrer efetivamente um desfinanciamento do orçamento das políticas sociais [...] a EC 95 eliminou a garantia constitucional do gasto mínimo com educação e saúde, levando uma execução orçamentária, inclusive, abaixo da inflação. (Salvador, 2024, p.09)

Com o regime fiscal do governo Lula, destaca-se em primeiro lugar que, o regime implica somente nas receitas primárias da União que são os gastos com a área social “fica evidente que os limites estabelecidos são restritos aos gastos sociais do governo e não aos gastos com juros e encargos da dívida pública” (Salvador, 2024, p.10);

Em segundo lugar temos que:

[...] os dispositivos da lei obrigam que as despesas primárias do orçamento fiscal e da seguridade social da União fiquem abaixo do crescimento das receitas primárias em cada ano. Caso ocorra um excedente acima do previsto e após a obtenção da meta de resultado primário da União, a sobra poderá ser usada exclusivamente para as despesas com investimentos. (Salvador, 2024, p. 11)

Além disso, foi estabelecido um percentual de limite do crescimento da despesa, com piso e teto de crescimento e se limita esse crescimento a variação das receitas do Estado em caso de cumprimento e não cumprimento da meta; também são estabelecidas medidas de ajustes fiscal no caso de não alcance de resultados esperados nas metas, que são: impedimento à concessão de reajuste aos servidores e proibição de realização de concurso público. Em caso de excedente de resultado, o governo pode ampliar as dotações em até 70% e existirão metas anuais.

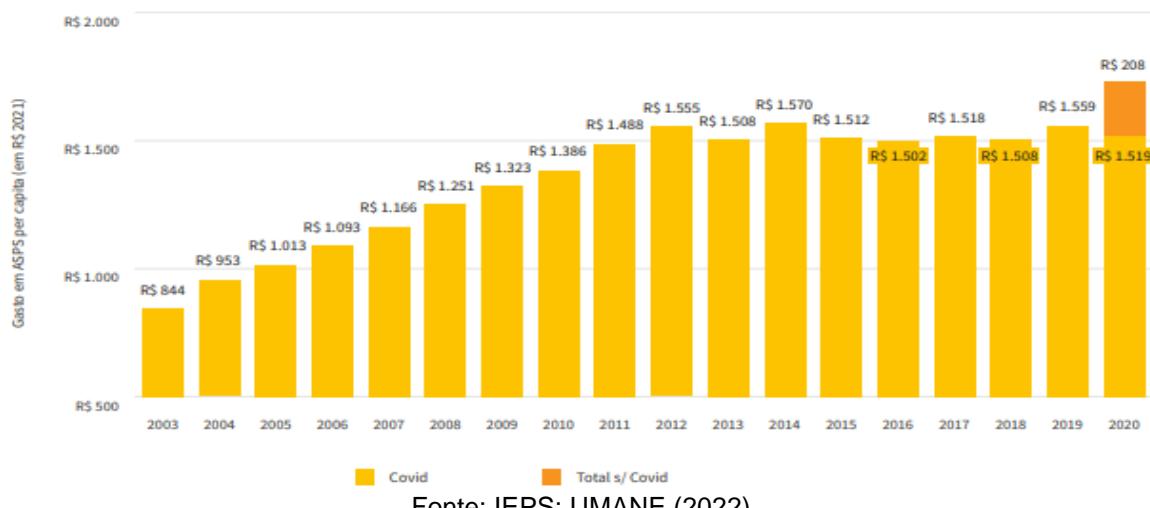
A relação dessas expressões do neoliberalismo com a expansão das Comunidades Terapêuticas, se fazem no fato de que, tais medidas de desregulamentações, privatizações e ajustes fiscais, resultam no afastamento do Estado de suas funções sociais, e aprofundam os limites de serviços públicos que já tendem a precarização frente aos limites do fundo público conforme apresentamos anteriormente.

Essas medidas facilitam a multiplicação de entidades não estatais, as privatizações são marcadas por mudanças nas legislações que pavimentam a aplicação da intervenção das entidades não governamentais sobre as expressões da questão social.

Os efeitos na política de saúde diante dos limites do fundo público e das sucessivas medidas de cunho neoliberal, podem ser analisados diante da condição de desfinanciamento do SUS. A pesquisa IEPS; UMANE (2022), considerando a série histórica que vai de 2003 a 2020, aponta que houve um crescimento de valores

absolutos de recursos transferidos pelo Estado, através dos diferentes entes federativos, para a saúde, pelo menos até 2012. Após 2012, observa-se no país, uma retração de recursos, que apesar de oscilarem não conseguem superar o que foi investido no ano de 2012, conforme a figura abaixo,

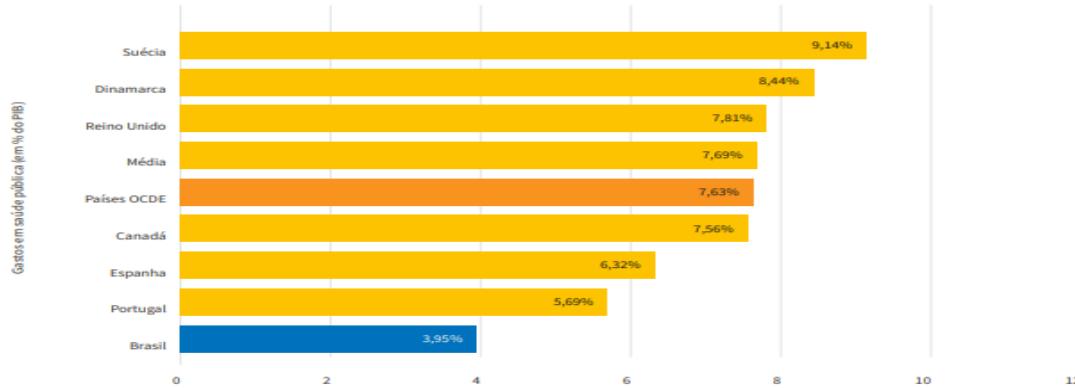
**Figura 2 – Orçamento da saúde no Brasil (2003-2020)**



Fonte: IEPS; UMANE (2022),

O estudo destaca, entretanto, que esses investimentos não foram suficientes para o funcionamento do nosso SUS. Pegando o investimento de 2017, os autores do estudo analisam que o investimento que foi de 3,95% do Produto Interno Bruto -PIB, se distancia do que seria razoável que é o percentual de investimento na casa de 4,7% do PIB para um funcionamento efetivo do sistema de saúde. É analisado inclusive, que considerando outros países que também possuem um sistema público universal de saúde, o Brasil investe abaixo da média, haja visto que nos outros países, a média é de 7,69% do PIB, conforme a tabela abaixo.

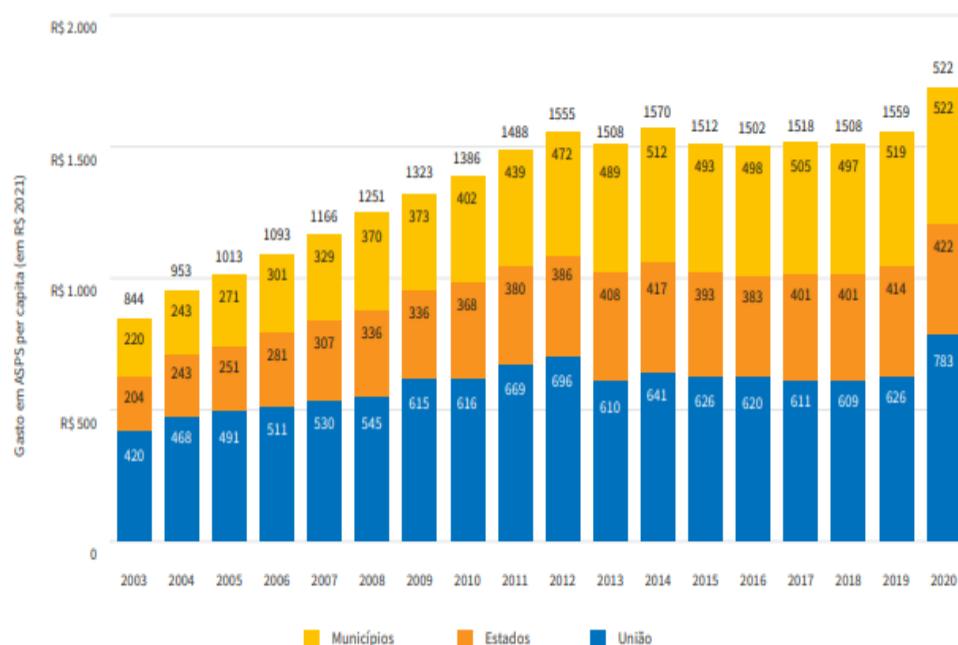
**Figura 3 – Percentual de gastos com a saúde de países com sistemas universais de saúde, considerando o PIB**



Fonte: IEPS; UMANE (2022)

Um elemento de peso sobre o financiamento do SUS pelo Estado apontado por IEPS; UMANE (2022), é que, numa análise sobre a contribuição dos diferentes entes da federação, tais quais, governo federal, estados e municípios há uma transferência débil por parte do governo federal, comparado aos gastos de estados e municípios. Embora municípios e estados tenham expandido seus recursos, o governo federal não vem acompanhando o mesmo ritmo de expansão, as diferenças ano a ano são baixas, considerando os montantes transferidos por Estados e municípios, conforme a imagem abaixo:

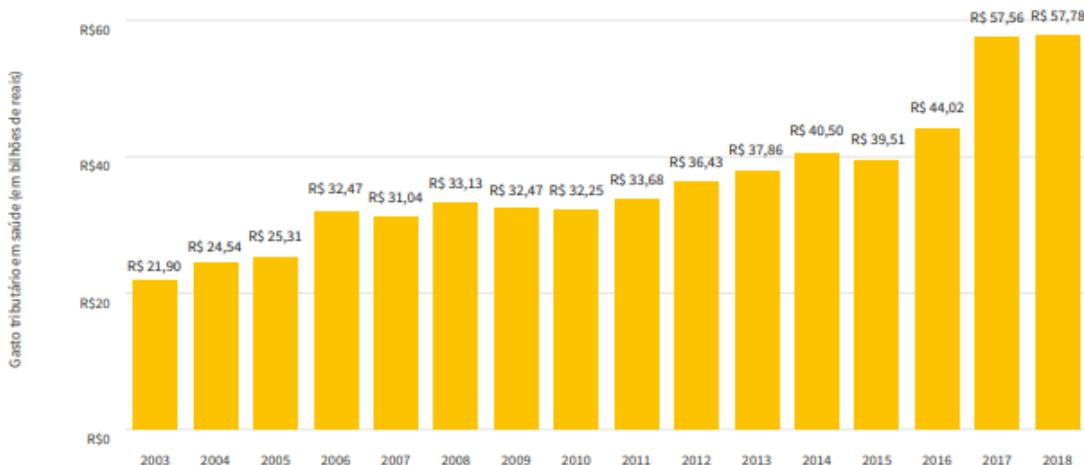
**Figura 4 - Investimentos dos estados, municípios e da união em saúde**



Fonte: IEPS; UMANE (2022),

Chama atenção ainda que, em nosso país, apesar de não observamos uma expansão acelerada dos recursos do Estado para a saúde no nível necessário, há na nossa realidade um fenômeno que contribui de forma controversa: a expansão deliberada de subsídios do Estado para a saúde privada, ou seja, no país, há o aumento deliberado de renúncias fiscais. O que expressa o que aqui chamamos de desfinanciamento, acha vista o que há em curso é a retira de recursos para favorecimento do capital. Os dados captados pelo estudo evidenciam os montantes da renúncia tributária brasileira, que tendem a aumentar, inclusive após 2012, período em que observamos uma redução do orçamento público para a saúde.

**Figura 5 – Renúncias tributárias na saúde em bilhões, Brasil (2003-2020)**

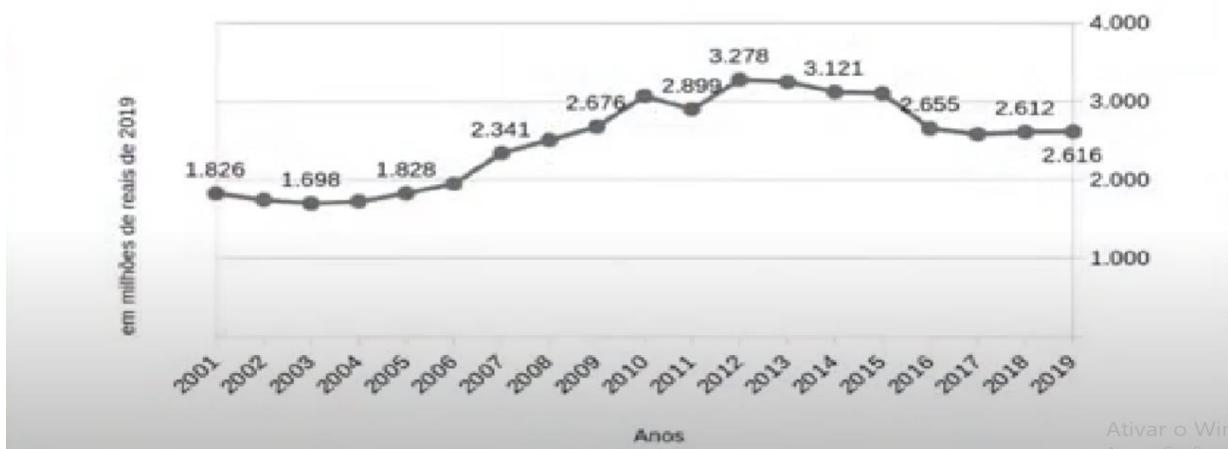


Fonte: IEPS; UMANE (2022).

Todo esse cenário faz com que nós sejamos um país que gastamos muito em saúde, porém, pouco em saúde pública. Há no país um alto gasto privado com saúde, incluindo gastos das famílias brasileiras com planos de saúde, a título de registro no ano de 2018, enquanto, 3,96% dos gastos com saúde foram gastos públicos, 5,55% trataram-se de gastos privados.

Os efeitos deste SUS desfinanciado, respinga diretamente na Política de Saúde Mental, álcool e drogas. O financiamento é objeto de estudo de Weber (2020), na figura abaixo, da estimativa de gastos do Fundo Nacional de Saúde com a Política de Saúde Mental, podemos observar a precarização ao campo.

**Figura 6 – Estimativa dos Gastos federais do FNS com a PSM, Brasil (2001-2019)**



Fonte: Weber (2020)

Conforme a autora, no Brasil observa-se um baixo orçamento destinado a esta área que tende a estacionar especialmente após 2016, o que reflete consequentemente no esvaziamento dos serviços, conforme apresentamos inicialmente.

### 3.2 O conservadorismo no Brasil como quesito fundamental para a expansão das CTs

A expansão das Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil não pode ser compreendida sem considerar os determinantes sociais e políticos que a influenciam. Entre esses fatores, destaca-se o conservadorismo no Brasil, que é um marco da nossa formação sócio-histórica e que tem acumulado forças de forma significativa nas últimas décadas.

Segundo Souza (2020), o conservadorismo pode ser entendido como uma ideologia da crise. Conforme o autor, a emergência deste se dá no Brasil ainda no período colonial, em que o país se caracteriza como uma “[...] empresa comercial capitalista caracterizado por um escravismo mercantil fundado na grande exploração rural.” (p. 281).

De acordo com Souza (2020), diferente da realidade de outros países em que o conservadorismo emergiu como uma resposta às revoluções que instituíram novos ordenamentos sociais, políticos, jurídicos e econômicos, representando uma corrente de pensamento e prática política com o objetivo de preservar as estruturas e valores tradicionais, em nossa particularidade, o conservadorismo surgiu em um contexto diverso:

não emerge a partir de uma classe social de herança secular, golpeada por uma revolução que institui outro ordenamento social, político, jurídico e econômico [...] emerge em condições socioeconômicas muito diversas daquelas que deram origem ao conservadorismo clássico. [...] surge em condições históricas de profunda desigualdade social, nas quais as tarefas das classes dominantes não são as da restauração de um passado longínquo, mas a manutenção e ampliação das condições que permitem seu domínio e hegemonia de classe sobre os trabalhadores" (Souza, 2020, p. 294-295).

Isso dá-se diante do fato de que no Brasil, o conservadorismo surge em meio a passagem do Brasil de empresa comercial para a modernização capitalista, o que se procedeu por meio de uma modernização conservadora, não pelas vias clássicas revolucionários conforme outras nações. Destaca-se que no Brasil, a partir dos anos 30: "[...] houve tensões e conflitos, mas também acomodações com setores sociais enraizados [...] preservação de formas anteriores, extra econômicas, de comando do capital sobre o trabalho" (Souza, 2020, p. 286). Isso ocorreu de forma "pelo alto".

Souza (2020), destaca que não houve uma revolução burguesa, se deu à nossa posição dependente no capitalismo internacional, onde a burguesia preferiu se aliar às velhas classes dominantes e aos segmentos militares. O conservadorismo no Brasil se expressa através da contrarrevolução preventiva que marca esse estágio do desenvolvimento do capitalismo no país e possui traços do capitalismo clássico. O Brasil passa definitivamente ao capitalismo monopolista em 1950, onde "se atualiza o poder burguês ao mesmo tempo em que a estrutura das classes dominantes apresenta mudanças e continuidades, adaptações e inovações" (p. 286).

Entre as principais tendências conservadoras, conforme o mesmo autor, estão: ataques preventivos em defesa do bloco sob o discurso de defesa da ordem; e o isolamento das camadas populares das esferas decisórias e reforço das instituições e do Estado como agente ativo do desenvolvimento capitalista. As marcas do conservadorismo no Brasil incluem assim, "como discurso ideológico que reproduziu e reproduz a consciência de classe imediata das classes dominantes (autoritarismo, desprezo pelas camadas populares, hierarquia, meritocracia, anticomunismo, elitismo, aristocratismo, entre outros)" (Souza, 2020, p. 294).

Souza (2020), destaca que, entre as expressões mais visíveis da acumulação de força conservadora no Brasil nas últimas décadas estão a presença e a influência das bancadas parlamentares do boi, da bala e da bíblia no Congresso Federal. Essas bancadas refletem o alinhamento de setores conservadores da sociedade, incluindo ruralistas, defensores de políticas de segurança pública rígidas e líderes religiosos.

Também se revela como uma expressão, a ampliação de representantes de denominações neopentecostais no Congresso Federal, o que tem relação com o rápido enriquecimento de líderes dessas igrejas. Esse fenômeno é impulsionado por práticas como a lógica do "irmão vota em irmão", onde as igrejas mobilizam seus fiéis para eleger candidatos alinhados com suas agendas. Isso se reflete na crescente presença de políticos que promovem valores conservadores e têm impacto direto na formulação de políticas públicas.

Não menos revelador, trata-se da adoção de amplos setores das camadas populares do discurso conservador, evidenciado pelas expressivas votações de parlamentares com agendas conservadoras. Esse fenômeno é frequentemente estimulado pela pauta policial e intimidadora das mídias, que reforçam o medo e a insegurança entre a população, levando-a a buscar soluções conservadoras.

Além disso, destacam-se também, na realidade brasileira, o avanço de preconceitos como racismo, xenofobia, homofobia e machismo, resultando em casos de feminicídio e homicídios variados, bem como a intolerância religiosa, enquanto também manifestações do conservadorismo.

Esse ambiente conservador favorece diretamente o avanço das Comunidades Terapêuticas. Em primeiro lugar, muitas CTs seguem uma orientação religiosa e adotam uma abordagem moralista/espiritual sobre o uso intenso e indesejado de substâncias psicoativas, alinhando-se à ideologia conservadora dominante. A dominância do conservadorismo, refletida nas práticas e discursos das CTs, facilita sua expansão e legitimação no cenário brasileiro.

Além disso, as CTs têm sido favorecidas pelo apoio político do setor conservador que tem crescido. Isso é expresso através da existência de frentes parlamentares que as apoiam.

As frentes Parlamentares são agrupamentos de deputados e senadores de diferentes partidos no congresso visando apoiar e defender temas de interesse comum no congresso nacional. Conforme Doudelement e Conceição (2018), as frentes são a denominação legal das "bancadas". Tal denominação foi definida em 2005:

As FPs atuaram durante muito tempo como bancadas informais. A regulamentação de seu funcionamento veio em 2005, por meio do Ato no 69 da Mesa Diretora da Câmara dos Deputados. Esse dispositivo definiu que para a criação de uma frente parlamentar é necessário 1/3 (198) de assinaturas dos membros do Congresso, sendo necessário também que a

cada nova legislatura tais frentes sejam recriadas, ou seja, é necessário colher novas assinaturas (Doudement; Conceição, 2018, p. 170).

Desde a 54<sup>a</sup> Legislatura (2011-2015), foram formadas frentes no Congresso Nacional, refletindo o crescente interesse e comprometimento dos parlamentares em promover e fortalecer as Comunidades Terapêuticas. Todas elas tiveram à frente, o Deputado Federal Eros Biondini (PL), no quadro abaixo apresentamos as Frentes por nome e o número de parlamentares que assinaram sua criação.

**Quadro 5 - Composição das frentes parlamentares de apoio às CTs**

Ano de Criação	Nome da Frente Parlamentar	Nº de Deputados	Nº de Senadores	Total
2011	Frente parlamentar mista em defesa das Comunidades Terapêuticas, acolhedoras e APAC'S	184	23	207
2015	Frente parlamentar mista em defesa das Comunidades Terapêuticas, acolhedoras e APAC'S	199	0	199
2019	Frente parlamentar mista em defesa das Comunidades Terapêuticas, acolhedoras e APAC'S	181	20	201
2023	Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas	200	0	200

Fonte: Elaboração própria a partir das atas disponíveis no site da câmara dos deputados:

<https://www.camara.leg.br/deputados/frentes-parlamentares>.

É interessante notar que, durante as legislaturas de 2011-2014 (54<sup>a</sup>) e 2015-2018 (55<sup>a</sup>), houve uma ampla pluralidade de apoiadores das frentes, observamos um quantitativo relevante de políticos de centro-esquerda e esquerda<sup>8</sup>. Entretanto, nas frentes criadas nas últimas duas legislaturas (56<sup>a</sup> e 57<sup>a</sup>), observou-se uma redução na assinatura de candidatos de partido mais à esquerda, prevalecendo a presença de deputados e senadores de partidos de centro-direita, direita e extrema direita.

<sup>8</sup> Como parâmetro de definição da ideologia dos partidos utilizamos as definições apontadas pelo Laboratório de Partidos Políticos e Sistemas Partidários da UFPR, que podem ser acessados na matéria: <https://noticias.uol.com.br/columnas/observatorio-das-eleicoes/2020/11/24/esquerda-centro-ou-direita-como-classificar-os-partidos-no-brasil.htm>.

Essa questão pode ser analisada, tanto considerando o recrudescimento do debate crítico sobre as Comunidades Terapêuticas, que implica em redução da defesa dos políticos comprometidos com os ideários progressistas, quanto, uma consequência das transformações dentro do próprio congresso, fruto dos últimos resultados eleitorais.

Observamos um recrudescimento na eleição de candidatos conservadores, especialmente após 2019, com a entrada do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro. Esse contexto levou muitos estudiosos políticos a definirem que temos no Brasil o congresso mais conservador dos últimos tempos.

Em análise sobre a atuação de tais frentes parlamentares, Doudement; Conceição (2018), apontam que essas, têm atuado de três formas 1) no contato direto com entidades representativas das CTs; 2) contato com o poder executivo no jogo político de negociações, trocando apoio por benfeitorias para tais entidades, bem como exercendo pressão políticas em conselhos; e 3) propondo legislações, inclusive, emendas parlamentares que garantem transferências de recursos para essas entidades.

Entre as contribuições da Frente para as Comunidades Terapêuticas destaca-se, a já aqui mencionada, Lei nº 13. 840/2019, popularmente conhecida Nova Lei de Drogas. A lei se originou de um Projeto de Lei criado por um dos participantes da frente, além do que, o período de tramitação foi marcado por movimentações importantes da frente, no que se destaca, além da participação na elaboração de relatórios, criação de comissão eleitoral e aprovação do requerimento de urgência, como também, a inserção de uma sessão específica sobre as Comunidades Terapêuticas. Na lei, temos a seção VI, Art. 26-A, que trouxe um reconhecimento formal e legal das CTs como parte integrante do sistema de atendimento aos usuários e dependentes de drogas. Isso confere legitimidade e segurança jurídica para a atuação dessas entidades.

Em suma, a expansão das Comunidades Terapêuticas no Brasil está profundamente entrelaçada com a ascensão do conservadorismo. A crescente influência das frentes parlamentares conservadoras e o apoio de líderes religiosos têm consolidado o espaço das CTs, refletindo uma tendência maior de busca por soluções simplistas e moralistas para questões complexas como o uso de drogas.

#### **4 O ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES EM CTS: a política de crianças e adolescentes posta em cheque**

Nesta seção, apresentamos os resultados da nossa pesquisa acerca do atendimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas no Brasil. Como apresentado na seção introdutória deste trabalho, a investigação do fenômeno do atendimento de adolescentes em CTs, foi feito exclusivamente na consulta de documentos secundários e disponíveis eletronicamente, especialmente através de sites oficiais.

Foram consultados sites oficiais de 1) órgãos do governo, especificamente, nas páginas eletrônicas dos conselhos nacionais de saúde, assistência social, drogas e dos direitos das crianças e dos adolescentes e dos respectivo ministérios; 2) conselhos federais de categorias de trabalhadores atuantes no campo da saúde mental, tais quais, Serviço Social, Psicologia, Enfermagem e Medicina; e nas páginas dos seguintes movimentos sociais: Associação Brasileira de Saúde Mental e a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial.

Esse processo investigativo revelou várias nuances sobre o atendimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas. Que nos levam a refletir sobre o lugar das adolescentes, em específico daqueles que fazem uso de psicoativos nas políticas públicas. Nos primeiros tópicos apresentaremos os achados mais gerais da pesquisa e no último faremos a análise.

#### **4.1 A longa história do atendimento de adolescentes em CTs e as frequentes denúncias de violações de direitos**

Identificamos que, o atendimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas já vinha ocorrendo no país de modo indiscriminado. Há exatos 13 anos, as inspeções realizadas em Comunidades Terapêuticas já apontavam para esse fenômeno, o que é apresentado no “Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas” publicado no ano de 2011.

Tais inspeções foram organizadas pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, e contou com o apoio dos conselhos regionais de psicologia e outros colaboradores defensores dos direitos humanos e sociais. Segundo o relatório, “Participaram da intervenção cerca de duzentos militantes de direitos humanos, vindos dos movimentos sociais e de instituições de

defesa dos direitos de cidadania, como Defensores e Procuradores públicos." (CFP, 2011, p. 189)

O principal objetivo foi o de "lançar luz sobre territórios poucos conhecidos pela sociedade" (CFP, 2011, p. 189), especialmente no que se refere às Comunidades Terapêuticas, que compuseram parte considerável das entidades inspecionadas e ao tempo eram pouca reguladas pelo Estado, mas chamavam atenção por sua expansão e também pelas denúncias de violação de direitos humanos que frequentemente apareciam.

Nas inspeções, destacaram-se como principais aspectos levantados: informações acerca dos recursos humanos disponíveis, das condições estruturais, bem como, as principais características das propostas de atenção e as regras de funcionamento de tais entidades.

No relatório, 27, das 68 instituições inspecionadas, atendiam adolescentes. O resultado geral das inspeções, que incluem as entidades que acolhiam representantes do público infanto-juvenil, foi a identificação de uma série de problemáticas e violações de direitos humanos, considerando os aspectos a que se aproximavam os inspetores. O que revela como outro achado da pesquisa que é antigo, o apontamento das CTs como espaços de violações de direito, especialmente de violação de direitos fundamentais de adolescentes.

Entre as problemáticas, destaca-se, a identificação das precárias condições das instalações, a exemplo da ausência de armários e baixa disponibilidade de camas, e sobretudo, uma baixa no número de profissionais qualificados no atendimento de pessoas usuárias de psicoativos. Aparecem no relatório também, violações de direitos nas práticas de atenção e dinâmicas das entidades.

Grande parte das instituições visitadas, mantinham relações diretas com instituições religiosas e desse modo trazia como recurso terapêutico a execução de atividades com um determinado cunho religioso. Outro recurso, trata-se da laborterapia, que seria a execução de determinadas atividades pelas pessoas acolhidas, questão essas que aparecem nos relatórios como atividades obrigatórias dos acolhidos, a participação efetiva nestas práticas como parte integrante das normas e regras das instituições.

As inspeções revelaram que, em parte das entidades, essa centralidade da religião, refletiam para os não adeptos à religião referenciada, situações de violação de direito à liberdade religiosa, ao passo que, atividades religiosas eram colocadas

como obrigatórias para as pessoas acolhidas, havendo ou não pessoas que professam fé diferente.

Quando levantado informações sobre a laborterapia como centralidade, os inspetores identificaram senão problemas e violações direitos através dessa comum prática das instituições. Foi visto que, as atividades laborais não eram previstas ou pensadas a partir de um projeto terapêutico, o que se chamava de laborterapia era senão a execução de tarefas cotidianas de manutenção da estrutura física das entidades, o que significa não o emprego da laborterapia enquanto terapêutica, mas o uso da força de trabalho dos acolhidos, o que reflete, o dispêndio de um trabalho não-remunerado, e muitas vezes imposto, forçadamente. Nas palavras retiradas do CFP (2011, p. 19):

[...] esta é feita apenas na prática, sem o embasamento teórico. Não existe proposta pedagógica já elaborada, definida e sistematizada"; outro trecho diz: "trabalham na plantação e na limpeza, diariamente das 9 horas às 11h30 e das 14 horas às 16h30. Caso algum interno se recuse a trabalhar, é convidado a sair da unidade. (CFP, 2011, p.169)

Em caso de recusa de algumas dessas práticas vistas como terapêuticas, ou como, resposta a comportamentos considerados desviantes, foram identificadas nas entidades a prática de medidas punitivas sob os acolhidos, sendo as expressões mais contundentes, o isolamento, a obrigatoriedade da reza de determinadas orações, ou ainda situações de humilhação e/ou ameaças. A título de exemplo destaca-se a menção, a "punição por meio do aumento de tarefas" (CFP, 2011, p. 32), outro exemplo foi a fala de um coordenador entrevistado, que apontou que quando as regras são desobedecidas, ele mesmo ameaça retirar metade da comida, mas, diz nunca ter feito isso. Além disso, "podem ser proibidos de ir à igreja ao domingo e, consequentemente, de ver a família" (CFP, 2011, p. 74).

Outras violações de direito identificadas, que expressam o desrespeito quanto à diversidade e orientação sexual e de gênero, configura-se a afirmativa de entidades que traziam como proposta intervintiva: a "cura gay". Instituições se colocaram como um ambiente que "além de dependentes químicos recebe homossexuais que, por motivos pessoais, desejem se internar para tentar deixar essa orientação sexual." (CFP, 2011, p. 170), bem como, situações de cerceamento do direito a sexualidade, como no caso em que, "A instituição não permite manifestação nem prática de homossexualidade" (CFP, 2011, p. 74).

Mas uma chocante forma de violação de direitos tratou-se das denúncias de omissão de socorro diante de crises de abstinência, expressada nos relatos de que a resposta era “aguardar passar”, “convocar a família” quando o cuidado médico deveria ser a resposta imediata aos casos.

Também foi identificado presente nesses espaços pessoas internadas compulsoriamente, e entraves quanto a liberação de pessoas que foram acolhidas de forma voluntária, este último expressado no recorrente emprego de tática de convencimento de permanência na entidade baseada no medo e na intimidação para dissuadir o acolhido. Destaca-se também os relatos de contenção de correspondências das pessoas atendidas.

No ano de 2017, novas inspeções foram realizadas, tendo à frente novamente o Conselho Federal de Psicologia desta vez em parceria com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal. Os resultados da visita foram publicados no Relatório CFP; MNPCT (2017), sob o título “Relatório da inspeção nacional em Comunidades Terapêuticas”.

Compuseram as equipes desta nova inspeção, membros do Ministério Público Federal, peritos de prevenção e combate à tortura, psicólogos e outros profissionais da saúde e do sistema de justiça – como conselhos de Medicina, de Serviço Social e de Enfermagem, além de Defensorias Públicas e seccionais da Ordem dos Advogados no Brasil. Diante dessa gama de participantes, é destacado no relatório que, que “A coleta de informações se deu, [...] a partir dessa multiplicidade de olhares e envolveu vistorias dos espaços físicos, entrevistas com usuários, direção e equipes de trabalho, além da análise de documentos desses estabelecimentos[...].” (CFP; MNPCT, 2017, p. 11).

Assim como em 2011, o resultado das inspeções que se propuseram também a conhecer as instituições de atendimento às pessoas usuárias de psicoativos não estatais, mantendo-se o levantamento de informações sobre o funcionamento das entidades, foi o de identificação de novas e velhas problemáticas e violação de direitos no âmbito das Comunidades Terapêuticas, além claro, da presença de adolescentes nesses espaços.

Precárias condições estruturais e de recursos humanos foram identificadas nas inspeções realizadas em 2017. Conforme o CFP; MNPCT (2017, p. 97),

O quadro encontrado nas comunidades terapêuticas vistoriadas foi de escassez de profissionais para a oferta de assistência integral. Há poucos profissionais com formação na área da saúde e muitos monitores. A título de exemplo, em apenas cinco das comunidades terapêuticas inspecionadas houve registro de presença de três categorias: enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

É enfatizado que essa configuração precária implica diretamente na qualidade da atenção em saúde prestada pelas CTs, principalmente aquelas pessoas que necessitam de uma atenção especializada, o que predomina nas entidades são pessoas voluntárias, ou ex-egressos, não profissionais qualificados que poderiam de fato dar conta das inúmeras demandas que integram os espaços de atendimento a pessoas que fazem uso intenso e indesejado de substâncias psicoativas.

Um exemplo desta implicação, trata-se da não presença de profissionais qualificados para administração regular de medicamentos, o que faz parte do atendimento a pessoas internadas, bem como da ausência de profissionais qualificados para a prática de contenção, conforme nos aponta o CFP; MNPCT (2017). Constatou-se que, das 12 CTs inspecionadas, todas afirmaram realizar contenção, entretanto, nenhuma delas informou que possuía protocolos para a execução do procedimento.

São apontadas problemáticas nas CTs, desde o ingresso das pessoas acolhidas até as práticas que se apresentam como propostas de atenção. É apresentado no relatório que prevaleceram irregularidades quanto à forma de entrada das pessoas em CTs. Como também foi identificado nas inspeções de 2011, que há uma tendência de pessoas chegaram até as CTs não por livre e espontânea vontade, mas, via internação involuntária e/ou compulsória, que respectivamente representam internações sem o consentimento da pessoa, ou seja, esta é levada a instituição forçosamente, observou-se ainda a existência de internações, também sem o consentimento, que foram deliberadas por juízes.

Conforme CFP; MNPCT (2017), foram identificados que essas práticas, vinham sendo executados em meio a desrespeitos quanto os pressupostos legais estabelecidos, é argumentado que fora notificado o descumprimento de processos estabelecidos legalmente, como no caso das internações involuntárias a ausência da presença de laudo médico indicando a necessidade de internação e a do comunicado de tal internação ao Ministério Público; e no caso das internações compulsórias, destaca-se como problemática, a própria determinação de internação por juízes nos

casos de uso intenso e indesejado de psicoativos, quando a lei prevê apenas a internação compulsória para aqueles que cometem crimes no caso de adultos, e ato infracional no caso de adolescentes, nesse sentido:

[...] a internação compulsória de usuário de drogas que sequer tenha cometido qualquer delito apresenta-se como uma total anomalia e em oposição ao ordenamento jurídico brasileiro. Não é, portanto, atribuição do Judiciário determinar a internação quando essa tenha por finalidade única e exclusivamente o tratamento (CFP; MNPCT, 2017, p. 69).

No que concerne, às problemáticas e violações de direitos nas práticas das instituições destacam-se, assim como em 2011, as contradições relativas ao emprego da espiritualidade e da laborterapia.

Conforme outro relatório, apenas em quatro das 28 entidades visitadas não foram encontradas ou presenciadas restrições quanto à liberdade religiosa. Entre as formas de expressões desse direito, destaca-se, a imposição da participação dos acolhidos em atividades que seguem determinada linha religiosa, sendo a ausência ser revertida em punições.

Outra expressão mais implícita encontrada, trata-se dos posicionamentos dos membros das entidades que “vinculam a ideia de cura a aceitação de uma ou outra crença religiosa” (CFP; MNPCT (2017, p. 80), podemos até complementar aqui a explicação da problemática do uso intenso de psicoativos sinalizada como uma ação de um agente da religião, a afirmativa e a defesa constante de que a condição da dependência, seria senão, a interferência de um ser sobrenatural, de um mal que recaiu sobre a vida da pessoa com dependência e que a resposta é a “conversão”.

Sobre a laborterapia, também foi analisada a distância entre a laborterapia como um instrumento terapêutico e o modus operandi dentro das CTs. O contato com a dinâmica dessa prática revelou que a “laborterapia” é senão um termo empregado pelas entidades para tratar da requisição de que os acolhidos cumpram atividades para a manutenção da estrutura e do funcionamento das entidades. A laborterapia seria senão a execução de atividades sem devolutiva de remuneração, representa assim a apropriação da força de trabalho dos acolhidos para a manutenção da estrutura e funcionamento das CTs. Além disso, também aparece de modo recorrente nas inspeções como meio de punição a diferentes situações, a indicação da laborterapia também é aplicada como mecanismo de disciplina:

A laborterapia não é mais do que um eufemismo para o trabalho de manutenção dos locais de internação, sem horizonte de desenvolvimento de potencialidades ou de formação profissional. Da maneira como é utilizada, a laborterapia encobre práticas de trabalho forçado e em condições degradantes, na medida em que não oferece remuneração adequada e outras garantias trabalhistas. Ao mesmo tempo, exime aqueles que ofertam os serviços de internação de arcar com os custos de manutenção dos locais, potencializando a possibilidade de maximização do lucro (CFP; MNPCT, 2017, p.83).

A prática de sanções também aparece no relatório de 2017, que aqui mencionamos como algo chocante identificado pelas inspeções de 2011. No relatório, é apresentado que, além dos casos de isolamento prolongado e restrição de atividades de lazer como formas de solucionar conflitos,

[...] em 16 locais inspecionados – mais da metade, portanto – foram identificadas situações de sanções e punições, com práticas que variam entre a obrigatoriedade da execução de tarefas repetidas, o aumento da laborterapia, a perda de refeições e o uso de violência física (CFP; MNPCT, 2017, p.112).

Também se apresentaram casos de desrespeito à diversidade de orientação sexual e de identidade de gênero. Destacam-se a partir das inspeções, por meio das entrevistas realizadas, posicionamentos de afirmativa de acolhimento de pessoas homossexuais e transexuais sob a proibição de expressão das sexualidades pelos acolhidos, como por exemplo restrição do uso de vestimentas.

Além destas questões, que acabam representando mais do mesmo, considerando os aspectos identificados em 2011, destaca-se novas problemáticas identificadas pelos inspetores, no que se destaca, a ausência de projetos terapêuticos singulares para as pessoas atendidas, e em especial, crianças e adolescentes, que deveriam ter nesses espaços garantidos todos os direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente, os quais remeteriam a garantia da proteção integral.

Foi destacado que, em 18 das 28 CTs inexistiam projetos singulares, e que nas 10 que afirmaram isso, isso não pôde ser confirmado em todas as fontes de informação dos inspetores, ou seja, essa afirmativa não foi comprovada nem nas entrevistas com pessoas atendidas, nem em documentos institucionais.

Outra problemática encontrada, trata-se da ausência de projetos ou protocolos de desinstitucionalização, atrelado também as inconsistências quanto ao período máximo do acolhimento em CTs, é posto que,

[...] conforme as informações obtidas nas inspeções, não oferecem ferramentas que permitam, às pessoas internadas, a produção de novos projetos de vida ou a aquisição de capacidades e formação para retornar ao convívio familiar, ao trabalho ou à comunidade [...] a ausência de projetos para o retorno da vida em sociedade acaba transformando a permanência nas CTs [...] em um círculo que que facilmente se fecha.

Não menos alarmante, tem-se a baixa interação das CTs junto às outras instituições da RAPS. Apenas 12 das entidades visitadas afirmaram que realizam uma interação, entretanto, ainda sobre esses envolvimentos, foi apresentado com características frágeis e pontuais, exemplo o encaminhamento de acolhidos à rede de saúde em casos de urgência.

Além dessas problemáticas que atingem diretamente as pessoas acolhidas, as inspeções identificaram também, problemáticas sobre aqueles que ficam à frente das entidades. Foi observada nas inspeções indícios de violação de direitos trabalhistas daqueles(as) que exercem funções no âmbito das CTs. Nas CTs a uma predominância de pessoas em trabalho voluntário, 15 das 28 Cts, houve a menção de pessoas nessa condição. Entretanto, um elemento contraditório se destaca, trata-se da constatação que, as pessoas que mais enfrentam estas condições são ex-acolhidos, haja vista, são eles que permanecem nas Cts, conforme observado:

As pessoas que se dizem voluntárias, na grande maioria dos casos, trocam trabalho por abrigo e alimentação. As condições dessa troca não estão registradas e, em geral, a situação de voluntariado não é oficializada – foram poucas as comunidades terapêuticas que apresentaram algum termo de adesão voluntária (CFP, MNPCT, 2017, p. 101).

O que mostra a gravidade da situação: trabalho sendo trocado por comida e abrigo, não seria algo análogo à escravidão moderna, conforme dita a legislação atual?.

O atendimento de adolescentes, foi um objeto de destaque nas inspeções realizadas em 2017. No relatório são sistematizadas informações pertinentes acerca do atendimento prestado a este público, no que refere às formas de entrada dos adolescentes nas instituições e as estratégias no âmbito das CTs para a garantia de direitos fundamentais como o acesso à educação, ao lazer e à cultura.

Sobre essa primeira questão fora identificado que, três são os meios de chegada dos adolescentes as Comunidades Terapêuticas, 1) encaminhados pela própria família; 2) encaminhados pelos Conselhos Tutelares; 3) encaminhados pelo poder judiciário;

No relatório é enfatizado que o encaminhamento das famílias dos adolescentes às CTs dá-se motivado pela dificuldade de a família lidar com a adolescente usuário de psicoativo, e diante desta dificuldade, considera-se o acolhimento e a reclusão desse adolescente como melhor estratégia para situação.

Sobre as motivações do ingresso como resultado do encaminhamento dos conselhos é apontado que a inspeção não conseguiu captar elementos suficientes para compreender esse fenômeno, entretanto, podemos suspeitar da ausência de serviços públicos disponíveis para essa demanda nos municípios e cidades circunvizinhas, haja vista, como apresentamos neste trabalho, em tópico anterior, a distribuição de serviços voltados especificamente ao público infanto-juvenil ser bem precária, com um baixo quantitativo de atendimentos ofertados pelos CAPSi, e sobretudo, em modalidades que podem realizar um atendimento mais sistemático de longa duração e que tenha um funcionamento 24 horas, como é o caso dos CAPS AD III.

No que se refere ao ingresso de adolescentes por decisão judicial, cabe destacar, que foram identificados tal medida em 5 das entidades inspecionadas. Tais determinações judiciais foram motivadas, objetivando a superação do uso intenso e indesejado de psicoativos, mas também, chama a atenção, a existência de relatos sobre essa determinação objetivando o uso da internação nas CTs como espaços para o comprimento de medida socioeducativa. O que também representa como algo de natureza grave, considerando que a medida representa um caráter protetivo e educativo, pautado num programa de socioeducação, com todos os requisitos exigidos para tanto, o que não se configura existir tais serviços no âmbito das CTs.

Sobre as estratégias de garantia dos direitos fundamentais, problemáticas também se expressam, as inspeções apontaram para um vazio de estratégias no sentido da garantia do direito à educação, cultura, esporte, lazer e profissionalização conforme preconizado no ECA, e denunciado pelo CFP; MNPCT (2017, p. 134) como não garantidos aos adolescentes nas CTs

Além da falta de frequência à escola, as comunidades terapêuticas não oferecem outras atividades de formação ou profissionalização, de forma que o tempo dos adolescentes é preenchido pela laborterapia ou é de completo ócio. Assim, não estão garantidos o acesso ao esporte, ao lazer, à profissionalização ou à cultura.

Diante de tais constatações são feitas severas críticas não só sobre as condições do atendimento prestado de modo geral pelas Comunidades Terapêuticas inspecionadas, mas sobretudo, pelo atendimento prestado a adolescentes, visto que as CTs não garantem os direitos humanos fundamentais prescritos a esse segmento na legislação vigente, ou seja, não apenas são questionáveis as práticas das CTs, mas, são consideradas problemáticas e violadoras dos direitos humanos fundamentais do público infanto-juvenil.

É argumentado no corpo do relatório, que o atendimento de adolescentes em CTs e as práticas ali desenvolvidas, ferem inúmeros direitos de crianças e adolescentes que estão preconizados na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990.

Ilustrando um pouco dos argumentos apresentados no relatório destaca-se, a análise de que, 1) o atendimento de adolescentes em CTs, pela forma de ser de tais entidades que é o de retirar a pessoa atendida do seu meio familiar e social para uma convivência entre pares, violam o direito à convivência familiar e comunitária deste público; 2) a ênfase na espiritualidade que é representada principalmente por determinadas práticas religiosas que os coordenadores das CTs seguem, representam risco à liberdade de crença de adolescentes; 3) a prática de laborterapia, que como já fora apontado, se apresenta na mera execução de tarefas, também contradizem as legislações que proíbem qualquer trabalho a adolescentes desde que na condição de aprendiz e respeitado os limites, a exemplo da proibição da execução de atividades insalubres; 4) a não garantia do acesso à educação, também representam uma expressão explícita de violação de direitos considerando que os adolescentes podem permanecer por meses nesses espaços sem o acesso devido à educação formal tão importante as pessoas nesta fase de desenvolvimento. Ademais, acresce-se a estes, a não oferta de atividades que venham a assegurar o direito ao esporte, ao lazer, à cultura e outros.

#### **4.2 Primeiros sinais da regulamentação do atendimento de adolescentes em CTs, o posicionamento do CONANDA e a Resolução 03/2020 do CONAD**

Outro ponto revelado pela pesquisa é que, assim como o atendimento e a sinalização desse espaço como violação de direitos, o próprio interesse do Estado em regulamentar tal fenômeno também é antigo. O último artigo da Resolução nº 01/2015

do Conselho Nacional de Álcool e Drogas, que é considerado um marco regulatório das Comunidades Terapêuticas, é uma expressão disso, haja vista, que este prometia que seria construída uma resolução para regulamentar de forma particular o atendimento de adolescentes em CTs.

Associado a essa questão identificamos na pesquisa que outro ponto de destaque sobre o atendimento de adolescentes em CTs trata-se do posicionamento contrário do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA a essa prática. A título de exemplo, temos no ano de 2016, o envio do Ofício nº 6006/2016 por parte do conselho supracitado ao CONAD, expressando discordância quanto à sinalização do interesse de legislar sobre o atendimento de adolescentes por meio da Resolução nº01/2015. No ofício, o CONANDA, requisitou reunião com o CONAD para tratar sobre o tema.

Porém, esse posicionamento contrário do CONANDA, apresentado diretamente ao CONAD, não foi suficiente para barrar a construção de medida sobre o tema. Temos, no ano de 2020, apesar do atraso do que foi anunciado em 2015, a publicação da Resolução nº 03 de 06 de julho, demonstrando a tendência do Estado de legitimar essa prática.

A resolução, estabeleceu normas e diretrizes para o atendimento de adolescentes nesses espaços e foi organizada em oito capítulos principais, cada um abordando aspectos específicos do acolhimento e funcionamento das comunidades terapêuticas.

Após o capítulo I “Disposições preliminares” que define o âmbito da regulamentação, seus objetivos e a base legal, tem-se o capítulo II “Características do Acolhimento”, que descreve que o caráter do acolhimento é voluntário e aponta para a obrigatoriedade de avaliações médicas e multidisciplinares como pressuposto para a admissão de um adolescente em CT. Esse capítulo, especifica também os requisitos e obrigações das CTs, como a necessidade de alvará sanitário e a comunidade de suas atividades às autoridades competentes.

No capítulo III “Adolescentes Acolhidos”, são destacados os direitos dos adolescentes acolhidos, incluindo a privacidade, o sigilo das informações, e a possibilidade de interromper o acolhimento a qualquer momento. Também estabelece normas de convivência e regras que devem ser seguidas dentro das comunidades terapêuticas. O capítulo IV Plano Individual de Atendimento – PIA, é especificado o conteúdo e as etapas para a elaboração do PIA, apontando a necessária inclusão de

informações pessoais, metas terapêuticas, atividades programadas, e a periodicidade das avaliações.

O capítulo V “Projeto Político-Pedagógico-Terapêutico”, obriga as comunidades terapêuticas a desenvolverem um projeto-pedagógico-terapêutico, no sentido de promover habilidades sociais, educacionais e a reabilitação dos adolescentes, respeitando suas particularidades e promovendo um ambiente inclusivo. Já no capítulo VI “Ambientes e Instalações”, é dado ênfase aos requisitos mínimos de qualidade e segurança das instalações físicas das comunidades terapêuticas. Inclui normas sobre a infraestrutura, higiene, acessibilidade, e segurança dos espaços.

No capítulo VII “Articulação com a Rede de Serviços”, é enfatizado a importância da articulação das comunidades terapêuticas com a rede de serviços locais, incluindo saúde, educação, trabalho e assistência social. As entidades devem buscar apoio dos gestores locais para garantir cuidados integrais e promover a reinserção social dos adolescentes. A falta de serviços deve ser comunicada aos gestores competentes, e a responsabilidade pela articulação e monitoramento dos serviços é detalhada, especialmente em casos de vagas financiadas com recursos públicos.

Por fim, no capítulo VIII “Disposições Gerais e Finais”, são apontadas disposições adicionais sobre a fiscalização, publicidade e implementação da resolução. As entidades devem afixar a resolução em local visível e encaminhar informações anuais à Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas. Este capítulo também aborda as sanções em caso de descumprimento e enfatiza a observância das garantias previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

#### **4.3 A repercussão da Resolução 03/2020: posicionamentos de conselhos ministeriais, conselhos profissionais e movimentos sociais**

O cenário pós publicação da normativa foi de grande mobilização, identificamos na pesquisa que dois dias após a publicação da Resolução 03/2020, a Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME lançou uma nota técnica intitulada “Acolhimento de Adolescentes em Comunidades Terapêuticas”, seguida pela “Carta de denúncia e repúdio ao Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD pela regulamentação do acolhimento de adolescentes em Comunidades

Terapêuticas” publicada pela Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial - RENILA, no dia 14 de julho de 2020.

A ABRASME trata-se de uma organização não governamental que atua na defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais e na promoção de políticas públicas que visam a melhoria dos serviços de saúde mental no Brasil, fundada em 2005 e que se destaca por promover debates e reflexões sobre a saúde mental, articular movimentos sociais e profissionais para fortalecer a luta antimanicomial e fortalecer a Reforma Psiquiátrica Brasileira; a RENILA, trata-se uma rede de movimento sociais e grupos organizados que lutam contra a manutenção de manicômios e em prol da desinstitucionalização, desde o início dos anos 90, atuando na mobilização da sociedade civil e profissionais para combater a violação de direitos humanos nos serviços de saúde mental, além de, defender políticas que garantam a liberdade e dignidade dos usuários; Ambas, desempenham papéis fundamentais na transformação do modelo de atenção à saúde mental, contribuindo para a promoção de um sistema de saúde mais inclusivo, humanizado e respeitoso aos direitos no âmbito da saúde mental, álcool e drogas.

A ABRASME se posicionou firmemente contra a regulamentação do CONAD para o atendimento de adolescentes em CTs, recomendando ao Conselho Nacional de Saúde e dos Direitos de Crianças e adolescentes (CNS; CONANDA), que rejeitem a Resolução nº 03/2020/CONAD e pressionem os ministérios do governo federal pela ampliação do financiamento de equipamentos do SUS e SUAS para o atendimento de adolescentes.

Esse posicionamento foi fundamentado na defesa dos direitos de crianças e adolescentes, da desinstitucionalização e do fortalecimento dos serviços de atenção comunitária, que estão previstos respectivamente, na CF/88 e no ECA, na política nacional de saúde mental até 2017 e na Portaria GM 1608/2004 do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil; no Plano de Ação Global de Saúde Mental 2013-2020, na I Reunião Regional de Usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares de 2013, bem como, no Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária de 2006.

A nota técnica também referência a outros documentos que embasa o que fora defendido, como, a Resolução nº 8 do Conselho Nacional de Direitos Humanos - CNDH, que preconiza a internação como recurso de exceção, e criticou a contradição de aplicar restrições de liberdade a adolescentes usuários de psicoativos, pelo fato de

não existir medida socioeducativa para essa ação do adolescente, defendendo o tratamento em meio aberto como mais adequado.

Um fundamento não menos importante apontado ABRASME, foi a validade do CONAD, de regulamentar sobre tema por duas questões, a primeira, a sua composição problemática a época, haja vista, no mesmo período, em 2020, por determinação do governo Bolsonaro, houve a retirada de parcela considerável da sociedade civil da composição do conselho. . Para a ABRASME (2020, p. 6) o CONAD teria “deixado de ser um conselho com composição plural e autonomia do executivo[...]” (ABRASME, 2020, p. 6); a segunda questão seria o fato de que, o tema do acolhimento de adolescentes deveria ser regulamentado pelo CONANDA, conselho que recebeu legalmente a atribuição de legislar sobre as políticas públicas voltadas ao público infanto-juvenil.

A Carta de denúncia e repúdio do RENILA, também foi contundente na oposição à regulação 03/2020. É importante frisar que esta não revelou apenas o posicionamento deste movimento, mas, de mais de 200 entidades e organizações de grande relevância no campo da saúde mental, dos direitos humanos e de crianças e adolescentes - incluindo Associações, Articulações, Centros, Coletivos, Conselhos Profissionais destacando o CFESS e outros conselhos regionais de Serviço Social, Fóruns, Federações profissionais, Frentes, Grupos de Estudos, institutos, Movimentos sociais e políticos, Sindicatos, além de personalidades jurídicas e políticas – que assinaram o documento.

Do teor do texto da carta destaca-se, alguns elementos que também estiveram presentes na nota técnica da ABRASME. É reiterado como razões para o repúdio e a denúncia contra a Resolução 03/2020, como: a condição da composição do CONAD, que teria transformado o conselho em um braço do Estado; a incompetência do CONAD em legislar temas relativos à população infanto juvenil sem a participação do CONANDA; a defesa dos direitos de crianças e adolescentes previstos do ECA, no que se destaca o direito a ser educado e cuidado sem uso de castigo de acordo como determina o Art. 18 do estatuto. O que estaria distante das realidades identificadas nas inspeções realizadas, sendo assim, as tendências das inspeções também apontam um aspecto de justificativa para a oposição do atendimento de adolescentes nesses espaços.

Na carta também é mencionado como justificativa o posicionamento em defesa do tratamento em meio aberto, de base comunitária e no território, acrescentando que

isto foi uma deliberação das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde mental, e que também foram reafirmadas pelo “o Sistema Único de Saúde (SUS), 100% estatal, sob a gestão direta do Estado, exigem a ampliação dos serviços substitutivos [...], assegurando a Política de Redução de Danos[...]” (Renila, 2020, p. 1).

Outro ponto que é colocado como razão, trata-se da forte influência dos grupos religiosos em áreas que deveriam ser combatidas. Para o RENILA as políticas deveriam ser conduzidas por diretrizes científicas e interesses coletivos, haja vista que, a interferência dos setores religiosos no âmbito das políticas, desvirtua a lógica do Estado e repercutem na qualidade das políticas, que podem não atender adequadamente às necessidades da sociedade, logo, para o movimento, a oposição as CTs se conforma como uma forma de frear a influência desses grupos na forma e no âmbito da política de atendimento a adolescentes usuários de psicoativos.

No mês de agosto, deste ano, fora uma medida relevante, a Recomendação Conjunta nº001 publicada pelos Conselho Nacional de Saúde, de direitos de Crianças e Adolescentes e de Direitos Humanos (CNS, CONANDA, CNDH). Nesta normativa, os conselhos assumindo de forma conjunta a oposição da regulamentação do atendimento de adolescentes em CTs pelo CONAD, apresentaram as seguintes recomendações ao então Ministério da Cidadania, ao Ministério da Saúde e ao Ministério Público Federal:

Ao Ministério da Cidadania: Que não acate a regulamentação proposta pelo CONAD acerca do acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas; e amplie o financiamento aos equipamentos e serviços do SUAS, promotor de cuidado em liberdade e promoção de direitos humanos de adolescentes em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas.

Ao Ministério da Saúde: Que apresente os dados relacionados aos investimentos realizados no SUS nos últimos dez anos na política de atenção à saúde mental de adolescentes; torne público os dados sobre a implantação da RAPS nos diferentes estados brasileiros e amplie o financiamento aos serviços e equipamentos públicos do SUS, além de fortalecer as ações da RAPS.

Ao Ministério Pùblico Federal: Que, em observância ao disposto nessa recomendação, ofereça denúncia questionando a legalidade e constitucionalidade do acolhimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas aprovada pelo CONAD (CNS; CONANDA; CNDH, 2020, p.6; grifo nosso).

As razões para tanto, acabam concentrando os fundamentos aqui mencionados, citados nas diferentes manifestações, ou seja, os direitos de adolescentes garantidos na CF/88, no ECA e nas políticas de saúde mental que enfatizam a importância do atendimento em serviços de base comunitária em

detrimento de políticas que aprisionam as pessoas, e de modo especial, os adolescentes; o respeito aos casos de exceção de privação de adolescentes em acordo com o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, enfatizando a não existência de atividades socioeducativas para situações de uso de psicoativos.

Também é reiterado a composição do CONAD como problemática, no texto é destacado que: “os três conselhos que editam esta recomendação não reconhecem a competência do CONAD para regulamentar nenhuma política para adolescentes, em especial, sem qualquer interlocução com a entidade já estabelecida para tal, o CONANDA[...]” (CNS; CONANDA; CNDH, 2020, p. 5)

Outros elementos que aparecem novamente são, os aspectos da Política de Saúde Mental álcool e drogas, e de outros eventos que prezam pela desinstitucionalização e pelo atendimento de base territorial; É enfatizado que a justificativa feita pelo o que está estabelecido em lei em termos de direitos, deveres do Estado e políticas mais avançadas versus a configurações das CTs, enquanto entidades de longa permanência, sem provas de que suas práticas são superiores, justificam o porquê não deveriam ser implementadas, especialmente ao público adolescente. Pois tal atendimento não tem validade, nem jurídica, nem científica; e por fim, o fato de a RAPS ter uma composição ampla que a princípio é capaz de garantir o cuidado e o tratamento necessário a esse segmento, o que se torna urgente é aplicação adequada de recursos para o atendimento das demandas;

Se sucedem a estas manifestações aqui apresentadas, posicionamentos da ABRASME, da RENILA, e dos três conselhos, também notas dos Conselhos Federais de Enfermagem, ainda no mês de agosto, através da “Nota de repúdio à Resolução nº 3/2020 do CONAD; e dos Conselhos Federais e regionais de Psicologia, nos meses de setembro e novembro ainda no ano de 2020, através da “Nota do Conselho Federal de Psicologia sobre o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas” e do “Posicionamento sobre a Resolução nº 3/2020, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)”.

De modo geral, os conselhos profissionais supracitados, se colocam alinhados aos fundamentos aqui mencionados das demais entidades. Podemos aqui resgatar alguns trechos dos principais pontos que embasam a oposição à Resolução nº 3/2020 e logo, ao acolhimento de atendimento em CTs.

Sobre a compreensão da incompatibilidade da estrutura das CTs as previsões do ECA, dando ênfase ao isolamento que é posto como parte da estratégia de atenção:

A proteção integral à criança e adolescentes é alcançada a partir da garantia de um conjunto de direitos fundamentais, que seriam obstaculizados no regime de intervenção em comunidade terapêutica. Outrossim, o acesso a estes direitos deve se dar em âmbito territorial, a partir da execução de políticas públicas de proteção social e promoção dos direitos humanos. [...] (CFP, p.2, 2020).

A resolução aprovada pelo Conad inclui os adolescentes numa lógica de institucionalização que contraria as diretrizes básicas do Estatuto da Criança e do Adolescente[...] (COFEN, p.1, 2020).

Sobre a incompatibilidade entre a estrutura das CTs e as previsões da Lei Paulo Delgado, importante conquista do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro:

[...] há explícita violação à Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, de uma lógica hospitalocêntrica, segregadora e violadora de direitos, para um sentido em que a liberdade e a lógica territorial guiam a produção de saúde no país (CFP; CFESS; p.1, 2020).

A resolução aprovada pelo Conad inclui os adolescentes numa lógica de institucionalização que contraria a própria Lei nº 10.216, marco na luta pela proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e no redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental (COFEN, p. 1, 2020).

Sobre a incompetência do CONAD e a ausência da participação do CONANDA na construção da Resolução nº 3/2020/CONAD:

[...] há completa anulação da participação social na decisão que embasa a Resolução e, nesse sentido, à maior instituição que atua em defesa dos direitos das crianças e adolescentes, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) (CFP; CFESS; p.1, 2020).

[...] destaca-se, também, que cabe ao Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) as regulamentações que versam sobre direitos de crianças e adolescentes e o referido conselho sequer foi consultado pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), quando da publicação da Resolução n.º3/2020. Isto demonstra como a assim chamada “nova política de drogas” tem sido construída sem o devido diálogo com a sociedade civil e as instâncias de controle social (CFP, p. 3, 2020);

#### **4.4 A luta pela inconstitucionalidade da regulamentação da Resolução nº 3/2020/CONAD**

Em 2021, a resistência extrapolou as manifestações, as cartas e as notas de repúdio e a questão da resolução tornou-se objeto de disputa judicial, com a Defensoria Pública da União e as Defensorias Públicas dos estados de Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo, Mato Grosso e Paraná, ajuizando uma ação civil pública contra a Resolução nº 3/2020/CONAD. As defensorias pediam uma decisão judicial urgente para suspender a resolução e os financiamentos federais destinados às Comunidades Terapêuticas para o atendimento de adolescentes. Para as defensorias, todos os contratos e parcerias baseados na resolução deveriam ser declarados ilegais.

O resultado do ajuizamento desta ação civil pública, foi a concessão de uma decisão favorável por parte da Juíza Federal Titular da 12ª Vara Federal da Seção Judiciária de Pernambuco, que acatou o pedido das defensorias.

A partir do documento Brasil (2022), podemos nos aproximar de todo o desenrolar do processo judicial, haja vista que se trata da sentença judicial completa. Tal documento se divide em três partes: 1. Relatório, em que a juíza apresenta um resumo dos fatos do caso, incluindo a petição inicial, as partes envolvidas, os pedidos feitos, e um resumo das ocorrências processuais; 2. Fundamento, em que a juíza explica os argumentos jurídicos e as bases legais que sustentam a sua decisão, analisa a legislação aplicável, a doutrina e a jurisprudência, bem como as provas apresentadas pelas partes; e 3. Dispositivo, que refere a parte final da decisão judicial onde a juíza expõe sua conclusão e as medidas que serão tomadas.

O acesso a este material permite que nos aproximemos não só dos fundamentos das defensorias que ajuizaram a ação contra a União e os fundamentos da juíza que reconheceu os pedidos das defensorias como procedentes, mas também, a postura da própria União sobre o pedido de ilegalidade apontado pelas defensorias e dessa regulamentação do atendimento de adolescentes nesses espaços.

As defensorias apresentaram na petição inicial como justificativas, elementos que se assemelham aos identificados por nós nas manifestações dos movimentos sociais e conselhos, destacam-se, a alegação de que a Resolução nº3/2020, desconsidera as previsões do Estatuto da Criança e do Adolescente, da Constituição Federal de 1988, da Convenção sobre os Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas, bem como, da Política Nacional de Atenção à Saúde Mental e ao Uso de Álcool e Outras Drogas, da Lei Federal nº 10.216/2001 e da Lei nº 11.343/2006

(Lei Antidrogas), além de ter desconsiderado o posicionamento contrário do CONANDA a esta regulamentação.

Se colocavam assim, pela defesa dos direitos de crianças e adolescentes, dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, do atendimento de base comunitária e na redução de danos, em detrimento do isolamento que é focado pelas CTs, das previsões legais de que a internação deve ser uma exceção e não prática corriqueira, o que se mostra através das CTs, haja vista, o isolamento que é posto como estratégia. E nos casos da necessidade da internação, a defesa de que este seja efetuado em equipamento preparado para receber a demanda.

Além disso, sustentam que a medida foi tomada pelo CONAD via vício de competência, haja vista, fora construída sem a participação do CONANDA, bem como com uma baixa composição de entes da sociedade civil ao tempo.

As defensorias traziam como fundamentos, à necessidade de uma medida judicial urgente:

- a) as consequências da Resolução já podem ser sentidas, mesmo com sua recente edição. A título de exemplo, a Comunidade Terapêutica Desafio Jovem Maanaim, em Itamonte (MG), tem sido alvo de denúncias pelas irregularidades praticadas. Segundo reportagem da Agência Pública, no início de outubro de 2020, foram encontrados 38 (trinta e oito) meninos que estariam sendo submetidos a uma rotina de religiosidade, ameaças e violência física;
- b) na mesma comunidade terapêutica, um adolescente de dezesseis anos foi assassinado com golpes de enxada na cabeça, desferidos por outro adolescente internado. Entretanto, apesar da morte do adolescente e das inúmeras denúncias de violações de direitos humanos e torturas, a entidade continua habilitada para receber repasses públicos, em especial do Governo Federal;
- c) a probabilidade do direito invocado, ou fumus boni iuris, é consubstanciada em toda a argumentação acima expendida, que evidencia que a Resolução nº 3/2020 do CONAD é ilegal e contraria o ECA, a Constituição da República, a Lei nº 10.216/2001, a Lei nº 11.343/2006 e a Convenção sobre os Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas;
- d) já o perigo de dano encontra-se igualmente demonstrado, haja vista que a manutenção da vigência da Resolução pode impor entraves significativos em relação ao exercício dos direitos da criança e do adolescente;
- e) por tal razão, de rigor a sustação da Resolução nº 3/2020 do CONAD e dos repasses financeiros da Requerida para acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas até julgamento final, inclusive com a imposição de multa diária (BASIL, 2021, p.5-6).

A união respondeu na defensiva aos elementos apresentados pelas defensorias, reafirmando a legalidade da composição do CONAD e a legitimidade de o conselho deliberar sobre o acolhimento de adolescentes. Está na base das afirmativas, a configuração no conselho e a Política Nacional de Drogas que determina

este como órgão que tem a competência de construir iniciativas sobre o tema. Também é mencionado como prova da legitimidade, reconhecimento da competência por parte do TRF ao tempo dos debates sobre a Resolução nº 1/2015/CONAD, conhecida como marco das CTs, bem como o último artigo desta mesma resolução que previa a regulamentação do atendimento de adolescentes em CTs.

No texto encaminhado pela União, se faz a menção de que não há lugar que contemple a obrigatoriedade do CONAD consultar o CONANDA em qualquer deliberação; de que o atendimento de adolescentes em CTs não seria internação, e logo, não seria uma problemática, nem teria as instituições um caráter asilar diante do fato da entrada do adolescentes se proceder de modo voluntário; que essa regulamentação não implica na rede pública e estatal, haja vista, o objetivo seria senão fortalecê-la com mais opções de atendimento.

Quanto às críticas relacionadas às denúncias identificadas nas inspeções, a União, resgatou nos pronunciamentos de CTs, o argumento de serem as inspeções nos formatos realizadas, contestáveis em termos de científicidade.

Fora mencionado também, que, as CTs seriam serviços de relevância ao país, e sobre o atendimento de adolescentes em CTs é apontado que, “[...] são aproximadamente 500 (quinhentos) os adolescentes já acolhidos em comunidades terapêuticas, eis que a norma regulamentar apenas veio a normatizar uma situação que já se materializa antes de sua edição[...].” (Brasil, 2022, p. 10)

No que se refere aos fundamentos da juíza, que como já mencionamos, proferiu sentença favorável ao pedido das defensorias, temos, após o desenvolvimento do processo que cabe destacar, foi marcado pelo deferimento da tutela de urgência posteriormente contestada pela União, entrada de comunidades terapêuticas e outros órgãos no processo na qualidade de amicus curiae, audiências, encaminhamentos de documentação, tais como, os elementos apresentados a seguir.

A juíza, fundamentou sua decisão de deferimento ao pedido as defensorias, nos seguintes elementos: o primeiro seria o de que a Resolução nº3/2020 do CONAD não estaria em conformidade legal diante da ausência de participação do CONANDA na sua formulação, em primeiro lugar por que esse conselho foi instituído legalmente para tratar das políticas para a população infanto-juvenil, segundo, pelo fato de não estar estabelecido ao CONAD competência que regule a possibilidade de legislação do conselho de políticas para esse público, mesmo que, no campo álcool e droga.

Conforme a juíza, a participação do CONANDA é essencial, de acordo com a legislação vigente

[...]eventual política pública sobre programas de prevenção e atendimento especializado à criança, ao adolescente e ao jovem dependente de entorpecentes e drogas afins deve ser tratada, senão por intermédio do referido Conselho, ao menos com sua participação. [...] evidencia-se o aludido Conselho extrapolou os limites do seu poder regulamentador (Brasil, 2022, p. 22;24).

Na sentença, a juíza analisa criticamente, inclusive, as alegações da União sobre a legalidade do CONAD, apontando para as contradições presentes nas legislações que embasam a afirmativa de legalidade para legislar sobre o tema.

O segundo fundamento, trata-se da análise da juíza, de que, a legislação e as normas atuais no Brasil não permitem o acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas, especialmente, em conjunto com adultos. A juíza reforça que a Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde e a Lei nº 11.343/2006 estabelecem claramente, que esse tipo de acolhimento é destinado a apenas os adultos, enquanto crianças e adolescentes devem ser atendidos por unidades especializadas, como as Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil.

A juíza também aponta que, a proposta de acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas contraria as diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a política de atenção psicossocial no Brasil, que prioriza a convivência familiar e comunitária e rejeita métodos de exclusão e isolamento, típicos das comunidades terapêuticas.

Além disso, a juíza menciona a aqui já tratada Recomendação Conjunta nº 1/2020 do CNS, CONANDA, e CNDH, que expressaram oposição a Resolução nº 3/2020, o que reforça a inadequação do acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas e critica o retrocesso manicomial representado por essa medida.

Em resumo, a juíza enfatiza que a prática de acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas é ilegal, contrária às diretrizes de saúde mental e proteção à criança e ao adolescente, e que a Resolução CONAD nº 3/2020, que tenta legitimar essa prática, viola diversas normas e princípios estabelecidos.

Por fim, como último fundamento, a juíza, após todo o processo judicial analisou que, além de apresentar vícios formais, a resolução nº 3/2020/CONAD contraria as

diretrizes de proteção integral ao permitir um tipo de acolhimento que não é provisório e excepcional, como exige a legislação, mas sim institucionalizador e contrário ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

A juíza também destaca as condições inadequadas e abusivas nas comunidades terapêuticas, como falta de profissionais qualificados, uso de violência e ausência de controle e fiscalização efetivos por parte do governo, evidenciando que a aplicação da resolução resulta na violação dos direitos fundamentais dos adolescentes. Como expressões destes, destacam-se os resultados de inspeções realizadas, mas também, o material encaminhado pela União sobre as CTs. Conforme a juíza:

A União não tem controle da quantidade de adolescentes que estão acolhidos nessas comunidades terapêuticas, bem como não possui o plano individual de atendimento de todos eles, o que restou evidenciado através da dificuldade de cumprimento, por parte da ré, da determinação de apresentação das informações, exarada por este juízo na audiência de instrução e julgamento (Brasil, 2022, p. 40).

O que se extraí, a partir do levantamento, portanto, é a evidente ausência de acompanhamento, por parte do Poder Público, quanto à permanência dos adolescentes em tais entidades, nas quais se verifica a subtração – o que constitui significativo agravante – de direitos básicos de tais adolescentes, como direito à educação (Brasil, 2022, p. 44).

Diante destes fundamentos a juíza deliberou conforme previamente mencionado, positivo aos pedidos das defensorias, no texto final da sentença da juíza determina a constitucionalidade da Resolução nº 3/2020/CONAD, acompanhado do cancelamento de contratos, convênios e termos de parceria da União para custeio de vagas de adolescentes em CTs; bem como do desligamento dos adolescentes acolhidos no prazo de 90 dias. E não menos importante, a interrupção de financiamento federal com o fim de financiar vagas de atendimento de adolescentes em CTs.

No entanto, apesar da decisão favorável, às determinações encontram-se, no presente momento em que escrevemos esta dissertação, suspensas, diante de recurso realizado pela União, estando a decisão paralisada e em julgamento na segunda instância.

Cabe destacar, que durante a pesquisa identificamos mais três importantes documentos de manifestação sobre a Resolução nº 3/2020 do CONAD, publicadas durante e depois do processo judicial. Trata-se da nota publicada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, da Nota Técnica nº 09 de dezembro de

2021 do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura – MNPCT, e da Nota Técnica nº de 12 de novembro de 2022 do Conselho Nacional de Procuradores Gerais do Ministério Público dos Estados e da União – CNPG.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO trata-se de uma entidade científica e profissional, fundada em 1979 e que reúne profissionais, pesquisadores e estudantes de diversas áreas, promovendo a saúde coletiva por meio de atividades de pesquisa, ensino e extensão, formulando e avaliando políticas públicas de saúde, organizando importantes eventos sobre o tema, além de, contribuir para a formação e capacitação de profissionais atuantes no campo da saúde.

A manifestação foi realizada através da nota “Pela proibição da internação de adolescentes em comunidades terapêuticas”, documento este, assinado por 07 ex-ministros da Saúde no Brasil tais quais: Humberto Costa (2003-2005), José Saraiva Felipe (2005-2006), José Agenor Álvares da Silva (2006-2007), José Gomes Temporão (2007-2011), Alexandre Padilha (2011-2014), Arthur Chioro (2014-2015) e Nelson Teich (2020-2020).

Na nota que revelou também a resistência da organização a regulamentação do atendimento de adolescentes em CTs, destacam-se como principais justificativas, além da problemática aqui já mencionada, da restrição de liberdade que marca o modelo das CTs, e que quebra com os direitos de convivência familiar e comunitária, também, o fato de que o SUS possuir uma rede que já oferece serviços de cuidados, incluindo-se a atenção para adolescentes usuários de psicoativos, com estrutura e recursos humanos que podem respeitar os direitos determinados por lei, se devidamente investidos.

Outro ponto que aparece no texto, trata-se da razão de que, essa regulamentação resulta numa desorganização do financiamento público do SUS, haja vista, aguça o redirecionamento de recursos públicos para essas entidades privadas, que, muitas vezes, tem uma relação limitada com as demais políticas, o que é essencial para o desenvolvimento saudável dos adolescentes.

O mecanismo, trata-se de uma estratégia preventiva criada pelo Estado brasileiro em 2013, para ratificar um protocolo assinado com as Nações Unidas em 2007, n sentido de atuar no país na prevenção e no combate a quaisquer, medidas, rotinas, dinâmicas, que possam propiciar a prática de tortura ou outros tratamentos cruéis.

Cabe destacar, que como Tortura, se comprehende,

[...] o ato de submeter alguém sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de violência ou grave ameaça, a intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo [...] ações ou omissões de funcionários públicos ou de pessoas em exercício de funções públicas [...] quando desempenham: i) métodos tendentes a anular a personalidade da vítima; ii) métodos tendentes a diminuir capacidade física ou mental (MNPCT, 2020, p. 04).

São exemplos dessas ações, nos casos de ações que anulam a personalidade da vítima, agressões físicas, privação de sono, alimentação inadequada; o isolamento por longos períodos pode levar a deterioração da saúde mental, como ansiedade e depressão; quanto a ações que diminuem a capacidade física ou mental, destaca-se, técnicas de interrogatório, ameaças, humilhações e outros tipos de abusos psicológicos que visam reduzir a vítima a um estado de submissão e desespero.

Na nota técnica, o mecanismo apresenta como recomendação que “as autoridades direcionem esforços para a retirada imediata de adolescentes que foram colocados nessas Comunidades Terapêuticas e que possam ser encaminhados para rede de atenção da comunidade” (MNPCT, p.20, 2021) Essa recomendação se assenta na realidade das CTs alcançada pelo mecanismo, e por meio da participação de integrantes deste, em inspeções realizadas, e a partir do contato com tais entidades, compreender as CTs, como:

[...] um lugar de privação de liberdade, uma vez que as pessoas que estão internadas nesses locais não podem sair de lá por sua própria vontade, seja por condições geográficas [...] seja pela vulnerabilidade financeira [...] seja pela condição de internado compulsoriamente (MNPCT, 2021, p. 11).

Além dessa compreensão acerca da estrutura das CTs, também é enfatizado a oposição e repúdio as práticas das CTs, tais quais, a laborterapia e a espiritualidade.

O mecanismo destaca a prevalência da laborterapia como algo destoante das previsões legais resultantes da reforma psiquiátrica, e que diante do caráter asilar de tais entidades e do caráter de isolamento, a laborterapia se torna um meio de punição, dor e sofrimento, quando segundo as inspeções, as entidades utilizaram

[...] o rótulo de laborterapia para obrigar as pessoas internadas a realizarem tarefas administrativas que nada tinham a ver com tratamento terapêutico, muitas vezes punindo as pessoas com mais trabalhos, em caso de descumprimento de regras (MNPCT, 2021, p.12).

Sobre o emprego da espiritualidade/religião, o mecanismo comprehende que, as aproximações à realidade das CTs indicaram que estas são marcadas pela obrigatoriedade de participação dos acolhidos a atividades religiosas, bem como a corriqueira vinculação das entidades da ideia de cura à aceitação de uma crença religiosa, ambas manifestações são consideradas como tratamento cruel.

A Nota do CNPG, um ano depois, em período posterior a sentença aqui apresentada, e que tem as suas determinações suspensas, vai no mesmo sentido, reiterando elementos que apontam para a incompatibilidade do regime das CT, fincado no isolamento social para o atendimento de adolescentes, diante, da ênfase no isolamento que impede a convivência familiar e comunitária, e as tendências de violação de direitos nesses espaços. Também é analisada a forma que foi construída a Resolução nº 3/2020/CONAD, e as propostas dela para regulamentar e organizar o atendimento de adolescentes.

O CNPG, reitera a problemática da não participação do CONANDA, da baixa representatividade civil do conselho, mas também apontados elementos que estão determinados na resolução e que apresentariam uma afronta às bases legais do nosso país.

Segundo o Conselho, quando a resolução, regulamenta o atendimento de adolescentes em CTs, de forma voluntária, viola expressamente a norma estatutária do art. 101 do ECA que estabelece o afastamento do convívio familiar, e o acolhimento devem ser medidas provisórias e excepcionais. A entrada de adolescentes apenas pela voluntariedade, deixa o afastamento do convívio familiar uma exceção para uma escolha, na contramão dos direitos de crianças e adolescentes.

O conselho aponta que, na resolução há o explícito reconhecimento de que as CTs realizam ações de espiritualidade, o que é exposto em artigo que trata da obrigatoriedade de as entidades informaram isto quando da entrada de adolescentes, esse fato é também visto como problemático por violar o princípio constitucional da laicidade do Estado: “[...] medida em que prevê um atendimento calcado em ações de desenvolvimento interior e espiritualidade” (CNPG, 2022, p.11).

Outro ponto problemático encontrado pelo conselho, trata-se do que está no inciso X do artigo 6º da Resolução. Nesse sentido, é definido como uma das obrigações das Comunidades Terapêuticas (CTs) garantir o acesso à educação para os adolescentes acolhidos, seja de forma presencial ou na modalidade de Ensino a

Distância (EAD). Essa questão também é retomada quando a resolução aborda o projeto político-pedagógico-terapêutico no artigo 18.

Na análise do conselho dos procuradores, o que se pode fazer referência é senão às atividades escolares remotas, já que o ensino à distância seria algo mais complexo. É analisado que o emprego de atividades escolares remotas seria inadequado aos adolescentes, haja vista que a experiência durante o período pandêmico se mostrou extremamente prejudicial para a educação brasileira, criando um cenário de ineficiência de aprendizagem, evasão escolar, entre outros pontos. Isso se baseia na premissa básica de que a educação presencial é, de fato, muito melhor em qualidade e efeitos diretos e indiretos do que aquela oferecida por meio remoto.

Logo, é posto que as alternativas indicadas pela resolução, que se referem à aplicação errônea do termo EaD às atividades remotas, incorrem em violação do princípio da igualdade constitucional. Isso ocorre por desconsiderar a diferença qualitativa e de efeitos entre atividades escolares presenciais e remotas, principalmente diante de adolescentes em maior situação de risco (ECA, art. 98). Em outras palavras, essa opção viola o princípio da igualdade constitucional, pois os adolescentes acolhidos poderiam estar sendo privados de uma educação de qualidade comparável àquela oferecida para outros adolescentes que têm acesso ao ensino presencial.

Considerando estes elementos, os conselhos vêm recomendando o seguinte:

[...]é recomendável que o tratamento de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas se dê em equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que priorizem o tratamento ambulatorial, [...] as comunidades terapêuticas destinam-se ao atendimento de adultos usuários de álcool e drogas, mediante a adoção de metodologias de isolamento social e outras práticas que se contrapõem às normas constitucionais e do Estatuto da Criança e do Adolescente, entre elas a que assegura o direito à convivência familiar e comunitária, não havendo previsão legal nem compatibilidade para o atendimento do público infantjuvenil nessas instituições, o acolhimento de crianças e adolescentes nessas entidades não é apropriado, nem legalmente cabível (CNPG, 2022, p.22).

Esses documentos reforçam a ampla crítica à regulamentação do atendimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas, apontando para as violações de direitos humanos e as incompatibilidades com os preceitos da proteção integral de crianças e adolescentes.

#### **4.5 Movimentos recentes e o tensionamento político em torno do atendimento de adolescentes em CTs**

Embora o processo judicial ainda esteja em andamento, tramitando em segunda instância, identificamos atualizadíssimos movimentos institucionais e legislativos sobre o tema do atendimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil.

Em 10 de julho de 2024, o CONANDA (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente) tomou uma medida significativa ao aprovar a Resolução nº 249/2024. Esta resolução proibiu expressamente o acolhimento de adolescentes em CTs, restringindo o atendimento dessas instituições exclusivamente a adultos. Além disso, estabeleceu que o poder executivo deve desenvolver um plano de desinstitucionalização para os adolescentes ainda acolhidos, garantindo que sejam encaminhados para serviços adequados, preferencialmente na rede pública de saúde. (Brasil, 2024).

A resolução também determinou que os recursos públicos, antes destinados ao financiamento de vagas para adolescentes em CTs, devem ser redirecionados para o fortalecimento de instituições públicas que ofereçam uma abordagem comunitária e humanizada de cuidado em saúde mental. Essa medida representa um avanço importante na proteção dos direitos das crianças e adolescentes, consolidando um posicionamento mais firme do CONANDA sobre a inadequação das CTs para o atendimento desse público.

Compondo mais um movimento ao tema, tivemos que, apenas nove dias depois, em 19 de julho de 2024, o CONAD (Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas) publicou a Resolução nº 10/2024, suspendendo a Resolução nº 3/2020, que anteriormente regulamentava o acolhimento de adolescentes em CTs.

Esse movimento do CONAD complementa diretamente a medida adotada pelo CONANDA, uma vez que o conselho definiu a diretriz geral da proibição do acolhimento de adolescentes em CTs e a necessidade de um plano de desinstitucionalização, enquanto o CONAD estabeleceu mecanismos práticos para planejar e garantir a execução dessa transição. O Grupo de Trabalho criado pelo CONAD, composto por diversos ministérios e órgãos relacionados à saúde e aos direitos humanos demonstra essa complementaridade. (Brasil, 2024)

Essa virada de chave do CONAD sobre o atendimento de adolescentes em CTS, antes legitimando e depois se opondo, pode ser interpretada de várias maneiras. Por um lado, pode ser vista como um reconhecimento tardio de que as CTs não são locais apropriados para adolescentes, especialmente à luz das críticas constantes de movimentos de direitos humanos e defensores da reforma psiquiátrica. Por outro, pode refletir a resposta do conselho às intensas pressões políticas e judiciais dos últimos anos, além de uma possível influência da nova composição dos conselhos durante o governo Lula, que tem adotado uma postura mais alinhada aos direitos humanos.

É importante lembrar que, durante o governo Bolsonaro, marcado por uma gestão neofascista, muitos conselhos, incluindo o CONAD, sofreram alterações em sua composição. Essas mudanças, como a redução da participação da sociedade civil, enfraqueceram o caráter democrático dessas instituições. Foi nesse contexto que o CONAD, enfraquecido, publicou a Resolução nº 3/2020, agora suspensa.

Para finalizar o apanhado dos achados mais atuais sobre o tema, destacamos que, apesar desses avanços identificamos uma movimentação que aponta para as disputas de projeto no âmbito da política de saúde. Em 15 de julho de 2024, antes mesmo desta medida do CONAD, tivemos a contestação de membros do Congresso Nacional à deliberação do CONANDA, e logo à proibição do atendimento de adolescentes em CTs. O Deputado Ismael (PSD/SC) e a Deputada Michele Collins (PP/PE) apresentaram no congresso, o Projeto de Decreto Legislativo nº 322/2024, objetivando a suspensão da aplicação da Resolução nº 249/2024 do CONANDA.

Nas justificativas para a supressão da resolução, os parlamentares alegam que o CONANDA excedeu sua competência constitucional ao determinar a proibição do atendimento de adolescentes em CTs, e defendem que tais serviços são fundamentais, citando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e estudos que reconhecem a relevância das CTs.

Esses novos movimentos revelam a complexidade do debate sobre as CTs no Brasil e o atendimento de adolescentes nesses espaços, revelando o intenso embate entre políticas de saúde mental e direitos humanos e a influência de setores conservadores que defendem o financiamento estatal para as CTs e o seu fortalecimento. O futuro do atendimento de adolescentes nessas instituições ainda dependerá do desfecho das disputas judiciais e legislativas em curso.

#### **4.6 O fenômeno do atendimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas: um retrocesso aos direitos infanto-juvenis**

Os adolescentes, conforme definidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança de 1989, são pessoas com idade entre doze e dezoito anos. Eles são considerados sujeitos de direitos especiais, protegidos pela sua condição de pessoas em desenvolvimento.

Essa definição marca uma mudança significativa na forma como esse grupo é visto na sociedade contemporânea. De acordo com Ariès (2019), a ideia de que crianças e adolescentes precisam de atenção especial é uma construção social recente, que não existia em períodos históricos anteriores. Durante a Idade Média (período investigado pelo autor), crianças e adolescentes eram pouco diferenciados dos adultos, sendo inseridos de maneira naturalizada em atividades como o trabalho, as armas e até a prostituição, o que leva o autor a evidenciar a ausência de um "sentimento de infância" até o surgimento da modernidade, quando mudanças nas estruturas familiares e a criação das escolas contribuíram para a reconfiguração desse papel social.

No Brasil, a criação do ECA representou uma ruptura significativa com as práticas anteriores de assistência à infância e adolescência, que eram fragmentadas e assistencialistas, como nos revela os estudos de Rizzini e Pilotti (2011) e Priore (2020).

No período colonial e ao longo dos séculos XIX, a assistência era majoritariamente fornecida por instituições religiosas, como os jesuítas e as Santas Casas de Misericórdia. Essa assistência era predominantemente baseada em caridade, limitada a fornecer ajuda imediata e pontual, sem políticas públicas estruturadas para garantir a proteção e o desenvolvimento das crianças.

O Estado brasileiro só começou a intervir de forma mais direta no século XX, mas ainda com uma abordagem assistencialista. Muitas das instituições criadas pelo Estado ofereciam uma assistência precária, sem a estrutura adequada para atender às necessidades das crianças de maneira efetiva. O foco estava na institucionalização e no controle das crianças, especialmente as consideradas “delinquentes” ou abandonadas, através de serviços de internamento. Exemplo disso foi a criação do

Serviço de Assistência a Menores - SAM e, posteriormente, da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor - FUNABEM durante a ditadura militar.

O processo de redemocratização nas décadas de 1980 e 1990 trouxe importantes conquistas, e é justamente o marco da conquista do ECA. Como bem destaca Rizzini (2020), o estatuto foi um reflexo das transformações políticas, econômicas e sociais que ocorreram durante o processo de abertura democrática no Brasil. Entre as principais conquistas trazidas no estatuto, destaca-se incorporação do princípio da Doutrina da Proteção Integral, o que rompe com a Doutrina Menorista anterior, que tratava crianças e adolescentes como objetos de controle e tutela.

O artigo 3º, do ECA, estabelece claramente que todas as crianças e adolescentes - o que inclui também os(as) adolescentes usuárias de psicoativos - têm direito de desfrutar de todos os direitos fundamentais garantidos a qualquer ser humano, que esses direitos devem ser protegidos e que todas as oportunidades para o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social dos mesmos devem ser asseguradas. Além disso, garante, que o desenvolvimento dessa população deve ocorrer em condições de liberdade e dignidade, sem que sejam submetidos a situações que possam violar estes elementos.

Os artigos 4º e 5º do estatuto por sua vez, além de reforçar tais direitos, estabelecem a responsabilidade ativa dos diversos setores da sociedade para garantir o desenvolvimento saudável desses sujeitos. Esses artigos também introduzem o conceito de prioridade absoluta, que assegura a preferência na formulação de políticas públicas, na destinação de recursos e na prestação de serviços voltados para essa população. Não menos importante, proíbe expressamente, qualquer violação a este público, o que inclui, além da violência em suas mais diversas formas, a omissão, e negligência familiar e institucional.

Apesar dessas garantias, a análise do atendimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas (CTs), possibilitada pela pesquisa aqui desenvolvida, revela uma série de contradições e violações dos direitos assegurados pelo ECA. As inspeções realizadas em diversas CTs evidenciam violações de direitos humanos, como o isolamento forçado, que se apresenta como algo típico da estrutura dessas instituições, ferindo os direitos à convivência familiar e comunitária e à educação; tão gravoso quanto, destaca-se a prática da laborterapia, que muitas vezes se configura como exploração do trabalho infantil, e não menos violador, a imposição de atividades de cunho religioso, desrespeitado a liberdade religiosa. Ainda relacionado à questão

da religião, destaca-se como uma problemática também, a tendência à redução da questão da dependência química a um problema moral, vinculado à falta de fé ou a intervenção de forças sobrenaturais.

Rizzini (2020), analisa que uma das problemáticas contemporâneas no campo dos direitos de crianças e adolescentes é a persistência da cultura asilar e correcional, a aproximação acerca da inserção de adolescentes em CTs, respaldada pelo Estado, nos levam a compreender este fenômeno senão, como mais uma expressão da persistência da cultura asilar no trato das demandas relativas ao uso intenso e indesejado de adolescentes por psicoativos.

Essa situação expõe as consequências do desfinanciamento dos serviços públicos que vem resultando na escassez dos serviços públicos no campo AD, que por sua vez, têm relação com os limites do fundo público e diante da hegemonia do neoliberalismo e da condição dependente e periférica do nosso país no ciclo de economia capitalista.

Este fenômeno não poderia ser tolerado, considerado como algo que soma à rede de assistência. Diante Das lacunas no âmbito dos serviços públicos, um Estado comprometido com o paradigma da Proteção Integral de adolescentes com problemas relacionados ao uso de psicoativos, paradigma esse conquistado coletivamente, deveria ser o de fortalecer os serviços públicos prestados por entidades públicas, com o repasse devido de recursos do fundo público para garantir os recursos materiais e humanos suficientes para prestar assistência à população infanto-juvenil.

## **5 APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS**

A pesquisa realizada revela que o surgimento e a expansão das Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil estão profundamente relacionadas às condições conjunturais do país. O surgimento das CTs ocorreu em um contexto de vazio assistencial no campo da saúde mental, álcool e drogas, fruto do descompromisso de um Estado periférico e dependente. Essa lacuna abriu espaço para a proliferação de alternativas privadas, como as CTs.

A contínua expansão dessas instituições ocorreu paralelamente ao desenvolvimento de serviços públicos, como resultado das conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Isso representa uma contradição, haja vista as diferenças entre as bandeiras da Reforma Psiquiátrica brasileira e a estrutura das CTs. A permanência desta contradição tem relação, com os limites dos serviços públicos, que por sua vez

tem como fundamento, o baixo financiamento às políticas sociais e logo do SUS, efeito da configuração do ciclo do capital da nossa economia dependente e periférica, da hegemonia do neoliberalismo e do conservadorismo.

Os dois primeiros implicam no funcionamento das políticas sociais, em que temos um montante insuficiente de recursos diante da baixa de recursos do fundo público e da punção também desses recursos. Já o conservadorismo, expressa o avanço da direita e extrema-direita no Congresso Nacional, no qual, representantes desses segmentos políticos defendem os interesses das CTs, cujas práticas e ideologias se alinham ao pensamento conservador.

No que diz respeito ao atendimento de adolescentes nas CTs, a pesquisa oferece uma análise aprofundada desse fenômeno, evidenciando sua longevidade na realidade brasileira, os esforços do Estado para regulamentá-lo, apesar dos conflitos entre defensores dos direitos das crianças e adolescentes e os militantes da luta antimanicomial e como este é um fenômeno que está em debate atualmente, haja vista as movimentações políticas recentes sobre a temática.

A análise conduzida revela a incompatibilidade entre o funcionamento das CTs e os preceitos das legislações contemporâneas que tratam dos direitos das crianças e adolescentes. O atendimento de adolescentes nessas instituições representa um retrocesso no campo dos direitos humanos e sociais, além de reforçar a tendência de transferência de responsabilidades do Estado para entidades privadas em um contexto de desfinanciamento das políticas públicas. Trata-se de uma expressão de privatização não clássica, conforme definição de Granemann (2012), no âmbito do atendimento às demandas relacionadas ao uso intenso e indesejado de substâncias psicoativas.

Esses achados acerca do surgimento, expansão e atendimento de adolescentes em CTs, tanto confirmam nossa hipótese inicial de estudo que era a de que, a expansão teria ampla relação com um baixo número de serviços públicos para atender a demanda relativa ao uso intenso e indesejado de psicoativos - diante dos sucessivos cortes de recursos às políticas sociais - quanto amplia o entendimento do fenômeno, ao revelar outros e mais complexos determinantes à esta questão.

Uma questão imprescindível a ser mencionada nestas aproximações conclusivas, é que, durante o percurso da pesquisa, encontramos uma grande dificuldade: a ausência de dados atualizados e detalhados sobre as CTs no Brasil. A última pesquisa oficial sobre as Comunidades Terapêuticas, foi publicada no ano de

2017 (BRASIL, 2017), no entanto ainda com dados muito limitados haja vista, partiu de um conjunto de dados de 2008. Esta pesquisa identificou a existência de cerca de 2.000 CTs no país, entretanto, é provável que esse número tenha crescido significativamente, especialmente em um cenário de retração contínua dos serviços públicos de saúde mental e assistência a usuários de substâncias psicoativas.

A escassez de informações sobre o atendimento de adolescentes nas CTs também foi um grande limite. Solicitamos dados sobre o número de adolescentes atendidos e sobre as fiscalizações realizadas, mas as respostas foram insuficientes, sugerindo falhas na supervisão e regulação dessas entidades. Essa questão foi destacada pela juíza que deferiu a constitucionalidade do atendimento de adolescentes em CTs em primeira instância, ressaltando a fragilidade do controle sobre essas práticas.

Caminhando para a finalização desta sessão, destacamos, a relevância do objeto aqui estudado de forma exploratória, que deve estar na mira de futuras investigações. Conforme mencionamos no item 4.5, ainda está em andamento na segunda instância a ação civil pública das Defensorias que requereu a constitucionalidade do atendimento de adolescentes em CTs e a suspensão dos contratos do governo de financiamento entre Estado e CTs de vagas para o atendimento de adolescentes. Apesar da importante medida do CONANDA que proibiu expressamente o atendimento de adolescentes de adolescentes em CTs, temos pela frente o desenrolar no Projeto de Decreto Legislativo que pede a suspensão dessa medida do CONANDA, não chegamos assim a uma realidade em que essa violação de direitos que é o atendimento de adolescentes em CTs foi superada.

Diante do cenário atual, em que, vivenciamos um governo que apesar de suas limitações se propõe defensor dos direitos humanos e sociais, esperamos que o mesmo, promova um debate mais aprofundado sobre o fim do atendimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas, implante um projeto de desinstitucionalização dos adolescentes que encontram-se acolhidos em CTs, mas também invista na ampliação e qualificação de serviços públicos, como os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), garantindo um atendimento comunitário, inclusivo e respeitoso aos direitos das crianças e adolescentes.

Contudo, não descartamos a possibilidade de retrocessos como por exemplo o avanço do PDL que tem o intuito de garantir a regulamentação do atendimento de

adolescentes em CTs. Embora estejamos sob uma gestão inclinada à defesa dos direitos humanos, o conservadorismo permanece como uma marca forte da sociedade brasileira, e as Comunidades Terapêuticas tem defensores assíduos que se movimentam no sentido de proteger os interesses dessas entidades e às fortalecer.

Neste sentido, é fundamental que os defensores dos direitos humanos, da infância e adolescência, e da luta antimanicomial permaneçam vigilantes. O atendimento de adolescentes em CTs continua a representar uma violação de direitos não totalmente resolvida, e o avanço de projetos contrários à sua proibição demanda resistência ativa para evitar retrocessos.

## REFERÊNCIAS

**ABRASCO. Pela proibição da internação de adolescentes em comunidades terapêuticas.** 2021. Disponível em: <https://abrasco.org.br/pela-proibicao-da-internacao-de-adolescentes-em-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 09 set. 2023.

**ABRASME. Nota Técnica ABRASME – Acolhimento de Adolescentes em Comunidades Terapêuticas.** 2020. Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/87411/nota-tcnica-acolhimento-de-adolescente-em-comunidades-teraputicas>. Acesso em: 09 set. 2023.

**AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

**ÀRIES, P. História social da criança e da família.** 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2019.

**BEHRING, E. R. Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do. Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003.

**BEHRING, E. R. Fundo público, valor e política social.** São Paulo: Cortez, 2021.

**BRASIL.** Conselho Nacional de Saúde (CNS); Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA); Comissão Nacional de Direitos Humanos (CNDH). **Recomendação Conjunta nº 001, de 04 de agosto de 2020.** 2020. Disponível em:<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/recomendacoes/2020/recomendacao-conjunta-no-001.pdf/view>. Acesso em: 9 jun. 2023.

**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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 43. 2010. Disponível em: <http://dspace.mj.gov.br/handle/1/664>. Acesso em: 9 jul. 2023.

**BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, edição: 70-A p.7. 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316>. Acesso em: 9 jul. 2023.

**BRASIL. Decreto nº 11.329, de 1º de janeiro de 2023.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão, das Funções de Confiança e das Gratificações da Casa Civil da Presidência da República e remaneja cargos em comissão, funções de confiança e gratificações. 2023. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2023/decreto-11329-1-janeiro-2023-793616-publicacaooriginal-166740-pe.html>. Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras: Nota Técnica n. 21 (Diest)**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8025>. Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em 02 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e modifica a Lei nº 7.416, de 3 de janeiro de 1985. 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental). Acesso em: 01 dez.2022.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad e dá outras providências. 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm). Acesso em: 01 dez. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Altera Leis, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas; e revoga dispositivo da Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm#:~:text=Art.,drogas%20e%20d%C3%A1%20outras%20pr%C3%A3o](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm#:~:text=Art.,drogas%20e%20d%C3%A1%20outras%20pr%C3%A3o). Acesso em: 02 dez.2022.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). **Resolução nº 1, de 9 de março de 2018**.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 (Obid). 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acao-informacao/legislacao/resolucao/resolucao-conad-no-1-de-9-de-marco-de-2018>. Acesso em: 9 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). **Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 51. 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2016/res-n-1-19-8-2015.pdf>. Acesso em 25 mar.2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). **Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 51. 2020. Disponível em: <https://dspace.mj.gov.br/handle/1/1169>. Acesso em: 9 jul.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **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. 2011. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html). Acesso em: 24 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-RDC nº 101, de 30 de maio de 2001.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. 2001. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html). Acesso em: 07 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **Resolução CIT nº 32, de 14 de dezembro de 2017.** Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). 2017. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html). Acesso em: 24 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD); Departamento de Ciclos da Vida (Deciv); Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps). **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF, set. 2022. Disponível em:  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf>. Acesso em: 02. mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 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. 2017. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 05 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. 2012. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0130\\_26\\_01\\_2012\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0130_26_01_2012_rep.html). Acesso em: 05 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** 2002. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 05 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 544, de 7 de maio de 2018.** Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências. 2018. Disponível em:  
<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt0544\_20\_06\_2018.html#:~:text=Define%20diretrizes%20para%20o%20cadastro,CNES)%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A1ncias. Acesso em: 05 ago. 2022.</a>

**BRASIL.** Ministério da Saúde. **Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002.** 2002. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816\\_30\\_04\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html). Acesso em 18 de out. 2022.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. **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). 2011. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 05 mar.2022.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.449, de outubro de 2018. de 18 de dezembro de 2018.** Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas.2018. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3449\\_01\\_11\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3449_01_11_2018.html). Acesso em: 05 mar. 2022.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS:** **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.** 2019.

**BRASIL.** Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Conselho Nacional de Direitos de Crianças e Adolescentes (CONANDA). **Resolução nº 249, de 10 de julho de 2024.** Dispõe sobre a proibição do acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas. 2024. Disponível em:  
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-249-de-10-de-julho-de-2024-571720917>. Acesso em: 18 jul. 2024.

**BRASIL.** **Plano Nacional de Políticas sobre Drogas 2022-2027.** Organização: Gustavo Camilo Baptista e Yana de Faria. Brasília, DF: 2022. Disponível em:  
[https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/planad\\_set\\_2022.pdf](https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/planad_set_2022.pdf). Acesso em: 30. set. 2024.

**BRETTAS, T.** **Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil.** Rio de Janeiro: Consequência, 2020.

**BRITES. C. B.** **Psicoativos (drogas) e serviço social: uma crítica ao proibicionismo.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

**CAVALCANTE, R.** A institucionalização clínica e política das comunidades terapêuticas e a sua relação com a saúde mental brasileira. In: **Religiões e o paradoxo apoio social intolerância, e as implicações na política de drogas e**

**comunidades terapêuticas.** 1. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC EDITORA, 2019. p. 245 - 309.

CISLAGHI, J. F. Do neoliberalismo de cooptação ao ultraneoliberalismo: respostas do capital à crise. In: REBUÁ, Eduardo et al (orgs.). **(Neo)Facismos e educação: reflexões críticas sobre o avanço conservador no Brasil.** Rio de Janeiro: Mórula, 2020.

**CFP. Nota sobre o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas.** 2020. Disponível: <https://site.cfp.org.br/contra-acolhimento-de-adolescentes-em-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 09 de set. 2020

**CFP et al. Posicionamento sobre a Resolução nº 3/2020, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) (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.** 2020. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/pela-revogacao-da-resolucao-conad-no-3-2020/>. Acesso em: 09 de jun. 2024.

**CFP; MNPCT; PFDC/MPF. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017.** Brasília, DF: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 18 maio. 2023.

**CFP. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas.** Brasília: CFP, 2011. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-4a-inspecao-nacional-de-direitos-humanos-locais-de-internacao-para-usuarios-de-drogas-2a-edicao/>. Acesso em: 18 maio. 2023.

**CONANDA. Ofício nº 6006/2016/SEI/CONANDA/SNPDCA. Brasília, 23 de maio de 2016.** Disponível em: <https://transparencia.cfp.org.br/legislacao/posicionamento-conanda-contra-presenca-de-adolescentes-nas-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 06 de jun. 2024.

**CONECTAS; CEBRAP. Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020.** 2017. Disponível em: <https://www.conectas.org/publicacao/financiamento-publico-de-comunidades-terapeuticas-brasileiras-entre-2017-e-2020/>. Acesso em: 12 de dez. 2022.

**CONFENACT. Nota de repúdio à resolução nº 249, de 10 de julho de 2024.** Lumenau, 12 de julho de 2024. Publicado em: 14 de julho de 2024. Disponível em: <https://www.confenact.org.br/?p=830>. Acesso em: 17. jul. 2024.

**COFEN.Comissão Nacional de Enfermagem em Saúde Mental. Nota de repúdio à Resolução nº 3 de 2020 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad).** Conselho Federal de Enfermagem, 2020. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/comissao-de-saude-mental-do-cofen-publica-nota-sobre-resolucao-3-2020/>. Acesso em: 9 jun. 2024.

- CNPG. Nota Técnica nº 12/2022.** Disponível em:  
[https://portal.mpap.mp.br/images/CAOP-IJE/Documentos/CNMP/Nota\\_T%C3%A9cnica\\_n\\_12-2022\\_CNPG.pdf](https://portal.mpap.mp.br/images/CAOP-IJE/Documentos/CNMP/Nota_T%C3%A9cnica_n_12-2022_CNPG.pdf). Acesso em: 09 de jun. 2024.
- COSTA, P. H. A. “Museu de grandes novidades”: A nova-velha política antidrogas no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, [S. I.]**, v. 14, n. 39, p. 01–25, 2022. Disponível em:  
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80052>. Acesso em: 5 jul. 2024.
- COSTA, T. C. R. **A política de saúde mental na contemporaneidade: entre a inovação e o conservadorismo.** 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós - Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2016. Disponível em:  
<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/27636>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal.** São Paulo: Editora Boitempo, 2016.
- DOUDAMENT, M.; CONCEIÇÃO, V. N. M.. Frente parlamentar em defesa das comunidades terapêuticas. In: SANTOS, M. P. G. (Org.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão.** Rio de Janeiro: IPEA, 2018. Disponível em:  
<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9463>. Acesso em: 10 de out. 2022.
- GRANEMANN, S. Estado e questão social em tempos de crise do capital. In: **O AVESO DOS DIREITOS: Amazônia e Nordeste em questão.** Recife: Editora da UFPE, 2012. Disponível em: <https://editora.ufpe.br/books/catalog/book/438>. Acesso em 26 out. 2022.
- HARVEY, D. **O neoliberalismo. História e implicações.** São Paulo: Loyola, 2008.
- IEPS; UMANE. Gestão e Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro. **Coleção Mais SUS em Evidência**, v. 1. 2022. Disponível em: <https://ieps.org.br/agenda-mais-sus/>. Acesso em 01 de dez. 2023.
- KOSIK, K. **Dialética do concreto.** 2. Ed. tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- LIMA, R. C. C. . Comunidades terapêuticas e a saúde mental no Brasil: um encontro possível?. In: VIEIRA, L. L. F.; RIOS, Luís F.; QUEIROZ, T. N. (Org.). **A problemática das drogas: contextos e dispositivos de enfrentamento.** 1.ed. Recife: UFPE, 2016. p. 142-171.
- MNPCT. Nota Técnica nº 09, de 06 de dezembro de 2021. Posicionamento sobre a inviabilidade de utilização de Comunidades Terapêuticas para adolescentes em situação de abuso de álcool e outras drogas. 2021.** Disponível em:  
<https://mnpctbrasil.wordpress.com/resolucoes-e-notas/>. Acesso em: 09 de jun. 2024.

NETTO, J.P. **Pequena história da ditadura brasileira (1964-1985)**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

OLIVEIRA, F. Hegemonia às avessas. In: OLIVEIRA, Francisco et al. **Hegemonia às avessas: economia, política, e cultura na era da servidão financeira**. São Paulo: Boitempo, 2010.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. E-book interativo. 2015. Apoio: Faperj. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/que-e-o-sus-e-book-interativo-o>. Acesso em 20 out. 2023.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PASSARINHO, J. G. N. Retrocessos na política nacional de saúde mental: consequências para o paradigma psicossocial. **EM PAUTA**, Rio de Janeiro, n. 49, v. 20, p. 65 - 80.

PRIORE, M.D. **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Editora Contexto. 2020.

RENILA et al. **Carta de Denúncia e Repúdio ao Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) pela Regulamentação do Acolhimento de Adolescentes em Comunidades Terapêuticas**. 2020. Disponível em: [https://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/07/Carta\\_Repudio\\_denuncia.pdf](https://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/07/Carta_Repudio_denuncia.pdf). Acesso em: 9 jun. 2024.

RESENDE, N. C. Marco normativo das comunidades terapêuticas no Brasil: disputas de sentido e nós jurídicos. In: RUI, T.; FIORE, M. (editores). **Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil**. Social Science Research Council | Drugs, Security and Democracy Program. 2021. Disponível em: <https://www.ssrc.org/publications/working-paper-series-comunidades-terapeuticas-no-brasil/>. Acesso em: 11 ago.2022.

RIZZINI, I. 30 anos do ECA: a quem interessa a não implementação da lei?. In: **Boletim de Direitos da Criança e do Adolescente**. Instituto Brasileiro de Direito da Criança e do Adolescente (IBDCRIA-ABMP). 2020. Disponível em: <https://www.ciespi.org.br/site/collections/document/1458>. Acesso em: 01 jun. 2024.

RIZZINI, I.; PILOTTI, F. **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3.ed. São Paulo: Cortez editora, 2011.

SALVADOR, E. Fundo Público e o Financiamento das Políticas Sociais no Brasil. **Serviço Social em Revista**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 4–22, 2012. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12263>. Acesso em: 31 jul. 2024.

SALVADOR, E. **O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas sociais**. Debate, v. 16, n. 1, p. 6-19.. 2024. Disponível

em:<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/44218>. Acesso em 10 fev. 2024.

SALVADOR, E.; RIBEIRO, I.R. Dependência, ciclo do capital e limites do fundo público no Brasil. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, v. 146(3). 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/YM4nFBvNCDRZFbKSxM9n6pr/>. Acesso em abr. 2024.

SOARES, R.C. **Conrarreforma no SUS e o serviço social**. Recife: Ed. UFPE, 2020. Disponível em: <https://editora.ufpe.br/books/catalog/book/70>. Acesso em 12 mar. 2023.

SOUZA, J. M. A. **Tendências ideológicas do conservadorismo**. Recife : Ed. UFPE, 2020. Disponível em: <https://editora.ufpe.br/books/catalog/book/71>. Acesso em: 10. jul. 2024.

TONET, I. **Método científico: uma abordagem ontológica**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

WEBER, R. **Saúde mental para todos - (Des)financiamento no Brasil: Um caso Crônico**. 2020. 1 vídeo (1 h 09 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ipCUhWHCZho&t=1993s>. Acesso em: [data de acesso]. Acesso em 01 de dez. 2023.