

**UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:**  
**DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS**

YURI VERONEZ CARNEIRO COSTA

**A OPÇÃO PELAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA POLÍTICA DE SAÚDE  
MENTAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO**

**SANTOS/SP**  
**2020**

**YURI VERONEZ CARNEIRO COSTA**

**A OPÇÃO PELAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA POLÍTICA DE SAÚDE  
MENTAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, sob orientação da Prof. Dra. Amélia Cohn.

**SANTOS/SP**

**2020**

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte

**616.89** Costa, Yuri Veronez Carneiro

**C876c** A opção pelas comunidades terapêuticas na política de saúde mental no Brasil contemporâneo./

Yuri Veronez Carneiro Costa.  
2020.  
115 fls.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Amélia Cohn.

Dissertação (Mestrado)-- Universidade Santa Cecília,  
Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, Santos,  
SP, 2020.

**Comunidade terapêutica. 2. CAPS-ad. 3. Saúde mental. 4. Violação de direitos humanos. 5. Reforma Psiquiátrica.**

**PARTE ELABORADA PELA SIBI – SISTEMA INTEGRADO DE BIBLIOTECAS – UNISANTA**

## **A OPÇÃO PELAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, sob orientação da Prof. Dra. Amélia Cohn.

### **BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Amélia Cohn (orientadora, Universidade Santa Cecília)

---

Prof. Dr. Renato Braz Mehanna Kamis (convidado, Universidade Santa Cecília)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Maria Fernandes Pitta (convidada, Universidade Católica do Salvador).

**Data da defesa: Santos, 08 de dezembro de 2020**

**Resultado:**

*Dedico o presente trabalho aos meus dois avôs, Roberto Carneiro (in memorian) e Irineu Veronez (in memorian), ambos falecidos em virtude de transtornos decorrentes do consumo de álcool. Foi pensando no tratamento que eu desejaria aos meus antepassados que esse trabalho foi desenvolvido, sempre buscando a humanização no tratamento do dependente químico.*

## **AGRADECIMENTOS**

Com 25 (vinte e cinco) anos de idade e com formação de base em escola pública sou o primeiro da minha família a concluir um curso de mestrado.

Devo essa conquista, inicialmente, a minha noiva, Gabrielle Gatto, pessoa que além de dividir uma vida maravilhosa comigo, dividiu também as angústias dessa experiência, me apoiando em todas as minhas aventuras, sendo minha verdadeira fortaleza nos momentos difíceis da nossa vida em conjunto e sem nunca me deixar desistir desse sonho, apesar das turbulências que se apresentaram pelo caminho. Sendo ela a primeira leitora desse estudo e a maior ouvinte que eu poderia imaginar em ter, devo a ela os meus primeiros agradecimentos por mais essa experiência em conjunto. Rogo a Deus que seja somente mais uma, dentre tantas outras que ainda virão no nosso caminho juntos.

Aos meus pais, que me formaram como ser humano e como o homem que hoje sou, que me amparam nos momentos de dificuldade, que me aconselham quando necessário e que me auxiliaram no custeio dessa experiência, sempre me motivando a seguir em busca dos meus sonhos. A eles eu devo o agradecimento pelo apoio de chegar até aqui e por me ensinarem a acreditar que o amanhã vai ser sempre melhor.

À minha irmã que também é minha sócia e minha melhor parceira nos desafios da vida. A pessoa que me ouve e não me julga e quem sempre me protegeu dos perigos da vida desde a nossa infância, me apoiando em cada uma das minhas experiências e me impulsionando a conquistar o mundo.

Ao meu cunhado, que mesmo sem saber teve uma contribuição imensa no tema e no desenvolvimento desse estudo, me servindo como um verdadeiro exemplo de superação.

Ao grande amor da minha vida, Dagmar Carneiro, minha avó paterna, que tenho certeza que está orgulhosa e aguardando nosso reencontro e à minha avó materna, Genir Gazolli, que me serve como inspiração para batalhar na busca por tudo aquilo que almejo.

Aos queridos professores Sérgio Marques, minha principal referência profissional, e Renato Mehanna, que se tornaram grandes amigos e me impulsionaram para chegar até esse momento na busca pela qualificação profissional e pela efetivação da justiça.

Meu agradecimento especial a minha orientadora Amélia Cohn, pessoa que teve grande participação na minha formação e sempre me direcionou no sentido de alcançar meu objetivo, além de todos os professores que contribuíram para esse momento.

Por fim, agradeço a conclusão desse ciclo à minha religião, que me manteve firme nos momentos turbulentos e sempre serviu como apoio para alcançar os objetivos almejados. A todos da minha comunidade religiosa que me acompanham

desde criança e nunca me desampararam – eu não teria chegado sozinho a lugar nenhum, se não fossem vocês.

“O céu de repente anuviou  
E o vento agitou as ondas do mar  
E o que o temporal levou  
Foi tudo que deu pra guardar  
Só Deus sabe o quanto se labutou

Custou mas depois veio a bonança  
E agora é hora de agradecer  
Pois quando tudo se perdeu  
E a sorte desapareceu  
Abaixo de Deus só ficou você

Quando a gira girou, ninguém suportou  
Só você ficou, não me abandonou  
Quando o vento parou e a água baixou  
Eu tive a certeza do seu amor

Quando tudo parece que está perdido  
É nessa hora que você vê  
Quem é parceiro, quem é bom amigo  
Quem está contigo quem é de correr

A sua mão me tirou do abismo  
O seu axé evitou o meu fim  
Me ensinou o que é companheirismo  
E também a gostar de quem gosta de mim

Quando a gira girou, ninguém suportou  
Só você ficou, não me abandonou  
Quando o vento parou e a água baixou  
Eu tive a certeza do seu amor”

Quando a gira girou (Zeca Pagodinho)

## RESUMO

Com o avanço da luta pela Reforma Psiquiátrica buscando a humanização do tratamento dos indivíduos portadores de transtornos mentais, e da luta antimanicomial como alternativa às internações de longa duração desses indivíduos, a saúde mental passou a fazer parte da agenda política dos governos nacionais, notadamente com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad), destinado ao tratamento de indivíduos com transtornos mentais derivados do uso, abuso ou dependência de álcool e/ou outras drogas. Contudo, após a substituição proposital pelo governo federal dos investimentos públicos na RAPS pelo subsídio em comunidades terapêuticas, destinadas ao mesmo público, tornou-se necessária a análise dessa nova política de promoção da saúde mental e tratamento de indivíduos com transtornos mentais derivados da dependência de substâncias entorpecentes para verificar se a humanização no modelo de assistência à saúde, prevista na Reforma Psiquiátrica, permanece sendo observada mesmo quando desenvolvida pelo setor privado enquanto atividade econômica para obtenção de lucro. A pesquisa observou a metodologia qualitativa de caráter exploratório e concluiu pela incompatibilidade da atual política de promoção da saúde mental desses indivíduos com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

**Palavras-Chave:** Comunidade terapêutica. CAPS-ad. Saúde mental. Violação de direitos humanos. Reforma Psiquiátrica.

## **ABSTRACT**

With the advancement of the struggle for Psychiatric Reform seeking to humanize the treatment of individuals with mental disorders and the anti-asylum struggle as an alternative to long-term hospitalizations of these individuals, mental health has become part of the political agenda of national governments, notably with the creation of the Psychosocial Care Network (RAPS) and the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS-ad), directed at treating individuals with mental disorders resulting from the use, abuse or dependence of alcohol and/or other drugs. However, after the federal government purposely substituted public investments in RAPS with subsidies in therapeutic communities, directed at the same public, it became necessary to analyze this new policy for the promotion of mental health and treatment of individuals with mental disorders derived from drug addiction narcotic substances to verify if the humanization in the health care model, foreseen in the Psychiatric Reform, remains being observed even when developed by the private sector as an economic activity for obtaining profit. The research observed the qualitative methodology of exploratory character and concluded by the current of policy of promoting the mental health of these individuals with the principles and guidelines of Psychiatric Reform.

**KEY-WORDS:** Therapeutic community. CAPS-ad. Mental health. Violation of human rights. Psychiatric Reform

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AA - Alcoólicos Anônimos

ABS - Atenção Básica de Saúde

ACP - Ação Civil Pública

AIS - Ações Integradas de Saúde

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CFM - Conselho Federal de Medicina

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CICAD - Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas

CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento

CONAD - Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

CORSAM - Coordenadoria de Saúde Mental

CRM - Conselho Regional de Medicina

CT - Comunidade Terapêutica

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

EBES - Estado do Bem-Estar Social

EUA - Estados Unidos da América

FEBRACT - Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

GT - Grupo de Trabalho

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MNPCT - Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Núcleo de Apoio Psicossocial

OAB - Ordem dos Advogados Do Brasil

OEА - Organização dos Estados Americanos

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PFDC/MPF - Procuradoria Federal dos Direitos Do Cidadão

PINSAM - Plano Integrado de Saúde Mental

PNAD - Política Nacional sobre Drogas

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SBPC - Conselho Federal de Enfermagem

SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SENAPRED - Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção Às Drogas

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas

SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

UAs - Unidades de Acolhimento

UNDOC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes

UNE - União Nacional dos Estudantes

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1. CONTEXTO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL</b> .....	17
<b>1.1. A Reforma Psiquiátrica no Brasil</b> .....	17
<b>1.1.1. A transferência da gestão da política de drogas entre ministérios e a nova proposta de saúde mental</b> .....	30
<b>1.2. A guerra às drogas como estratégia de política pública</b> .....	34
<b>2. A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL ENQUANTO ATIVIDADE ESTATAL</b> .....	42
<b>2.1. A terceirização de uma atividade estatal e os conflitos de interesse entre público e privado na promoção da saúde mental</b> .....	50
<b>2.2. O enfraquecimento do CAPS-ad como estratégia de política pública</b> .....	58
<b>3. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS</b> .....	69
<b>3.1. Conceito e contexto histórico</b> .....	69
<b>3.2. A evolução regulatória das CTs</b> .....	76
<b>3.3. O relatório da Inspeção Nacional em CTs de 2017</b> .....	85
<b>3.4. A atual situação das CTs no Brasil</b> .....	102
<b>CONCLUSÃO</b> .....	109
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	113

## INTRODUÇÃO

A humanização do tratamento de indivíduos portadores de transtornos mentais em virtude do uso, consumo ou dependência de álcool e/ou outras drogas é uma questão de saúde pública que há anos vem sendo abordada por todo o mundo, inclusive no Brasil.

Esse movimento em busca da humanização do tratamento de indivíduos portadores de doenças mentais é retratado no Brasil por meio da luta estabelecida pela Reforma Psiquiátrica e pelo movimento antimanicomial. Isso acontece em resposta ao antigo modelo de assistência médica ao indivíduo com transtorno mental, baseado exclusivamente em internações de longa duração do paciente, que não era considerado sujeito de direitos.

Neste sentido, com o advento da Reforma Psiquiátrica, engajada por movimentos sociais e pela sociedade civil organizada a partir da década de 1970, o tratamento do doente mental foi reformulado, passando-se a dar preferência aos cuidados extra-hospitalares e à inclusão social do doente mental no seio de sua família como alternativa de tratamento com internações de longa duração em instituições de caráter asilar.

A luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, travadas sob a égide da humanização do tratamento do doente mental, desaguaram na promulgação da Lei nº 10.216 de 2001 que objetiva proteger os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental.

Esse movimento ensejou a mudança do núcleo da medicina psiquiátrica que deixou de tratar as patologias em caráter repressivo e passou a promover a saúde mental com natureza preventiva, sendo que para isso o Estado brasileiro aparelhou a sua estrutura pública por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), nela incluído o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad).

Por meio dessa estrutura própria de promoção da saúde mental e tratamento dos indivíduos portadores de transtornos mentais derivados do uso, abuso ou dependência de álcool e/ou outras drogas, o Brasil vinha desempenhando uma

política pública de saúde mental com garantia e proteção aos direitos dos indivíduos, inclusive reconhecida internacionalmente.

Ocorre que diante do fracasso da política proibicionista ao consumo de drogas, que não obteve êxito com a guerra às drogas travada desde o século XIX, a iniciativa privada, especificamente o terceiro setor, começou a desenvolver o mesmo serviço de tratamento de indivíduos portadores de transtornos mentais derivados do uso, abuso ou dependência de álcool e/ou outras drogas enquanto exploração de uma atividade econômica por meio de iniciativas denominadas de Comunidades Terapêuticas (CT).

Ocorre que esse serviço, quando desenvolvido pelo setor privado, ainda que pelo terceiro setor, tem como premissa a obtenção de lucro gerado pela institucionalização do indivíduo, o que contraria os princípios da própria Reforma Psiquiátrica e da humanização do tratamento aos portadores de transtornos mentais.

Apesar da dicotomia de interesses entre a iniciativa privada, ainda que do terceiro setor da economia, e o setor público na atividade de promoção da saúde mental de indivíduos com transtornos relacionados ao consumo de álcool e/ou outras drogas, o Brasil regulamentou o funcionamento dessas CTs por meio do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) no ano de 2015.

Não obstante a regulamentação do funcionamento desses estabelecimentos, o Brasil adotou ainda a estratégia política de enfraquecimento da sua rede própria de promoção da saúde mental para essa parcela da população por meio da RAPS, reduzindo os investimentos públicos em Atenção Básica de Saúde (ABS), e passou a fomentar a atividade econômica por meio de contratos administrativos, sob a modalidade de convênios com a iniciativa privada do terceiro setor.

Significa dizer que o Brasil optou por terceirizar a atividade de cuidado às pessoas com transtornos mentais derivados do uso, abuso ou dependência de álcool e/ou outras drogas em detrimento dos seus mecanismos próprios.

Contudo, a precariedade dessa regulamentação e os conflitos de interesses entre essa atividade econômica e os princípios da Reforma Psiquiátrica fizeram

surgir questionamentos acerca da efetividade dessa política pública desenvolvida pelo setor privado em nome do Estado.

Foi buscando orientar o debate acerca do modelo de cuidado oferecido a essas pessoas que o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) realizaram a 1ª Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas no ano de 2017.

Nessa inspeção foi concluído pela total incompatibilidade entre essa atividade econômica que é predominantemente asilar e que contraria todos os preceitos de humanização do tratamento de indivíduos com transtornos mentais, e os princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial.

É necessário, portanto, analisar a dicotomia entre essa atividade econômica e os princípios de humanização no tratamento do doente mental, tendo em vista que a Política Nacional de Saúde Mental prioriza como alternativa à internação a promoção da saúde e o desenvolvimento de um modelo de atenção de base comunitária, buscando a inserção do indivíduo no meio social.

O estudo observou o método qualitativo por meio de levantamento documental e bibliográfico, analisando os dados fornecidos pelo governo acerca dos investimentos em saúde mental em confronto com os dados sobre investimentos públicos em CTs, tendo por norte os princípios da Reforma Psiquiátrica e do movimento antimanicomial.

Portanto, o presente estudo estabelece como problema a ser investigado a dicotomia entre a atividade desenvolvida pelas CTs e a Política Nacional de Saúde Mental, construída ao longo dos anos de luta pela humanização do tratamento do doente mental, analisando as suas incompatibilidades e apontando, cronologicamente, como essa atividade foi transferida pelo Estado para o terceiro setor da economia por meio do enfraquecimento proposital dos seus instrumentos próprios de atenção à saúde mental como estratégia de política pública.

## 1. CONTEXTO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL

### 1.1. A Reforma Psiquiátrica no Brasil

Nas palavras do filósofo Heródoto, é necessário pensar o passado para compreender o presente e idealizar o futuro. É neste sentido que a abordagem histórica da Reforma Psiquiátrica deste estudo se debruçará.

É de suma importância destacar que este tópico do estudo não pretende – e nem poderia – esgotar a matéria das mudanças do conceito de psiquiatria que traduzem percepções da loucura e das doenças mentais representadas pela ética do internamento desde a Idade Média.

Tendo em vista que o objeto deste estudo é a abordagem política da saúde mental no Brasil com ênfase nas últimas décadas para com o tratamento do uso exacerbado de drogas e da dependência química, este tópico se restringirá a efetivamente pincelar o contexto histórico da Reforma Psiquiátrica ocorrida no país, a fim de categorizar os acontecimentos marcantes na mudança do conceito de psiquiatria e na atuação política no trato de dependentes químicos.

Para tanto, é necessário salientar que desde meados do século XVIII a psiquiatria existe como área da medicina direcionada a cuidar dos distúrbios mentais e indicar as suas terapêuticas curativas, e que atualmente o objeto de análise da psiquiatria é outro. A promoção da saúde mental ganhou notoriedade e passou a ser alvo de estudos, além de ocupar a função de grande objeto nuclear do trabalho e desenvolvimento psiquiátrico.

Esta foi uma mudança radical na estrutura da área psiquiátrica, principalmente porque a doença mental deixou de ser concebida como o núcleo principal de tratamento pela medicina psiquiátrica, vez que a psiquiatria preventiva tomara lugar no cenário mundial com a promoção da saúde mental.

Após o término da II Guerra Mundial, a medicina passou a ser vista com outros olhos e sobre ela descreve Foucault (1974, p. 01):

A data deste plano tem um valor simbólico. Em 1942 se estava em plena II Guerra Mundial, que matou 40 milhões de homens. E é em meio a esta guerra que se encontra afirmado, não o direito de viver, mas um direito

diferente, mais rico e complexo, o direito à saúde. No momento em que a guerra devasta, uma sociedade se atribui uma tarefa explícita de assegurar a seus membros, não somente a vida, mas a vida em boa saúde

Acompanhando tal mudança na conceituação da saúde como um direito é que a psiquiatria tem alterado o seu objeto de concentração e estudo, passando a atuar no sentido da promoção da saúde mental, ao revés do que ocorria anteriormente.

Para delimitação do início da denominada Reforma Psiquiátrica no Brasil, seguiremos o percurso que é sugerido por Paulo Amarante, em sua obra "*Loucos pela vida*", que dispõe que o período entre o surgimento da medicina mental no Brasil (Século XIX) até meados da Segunda Guerra Mundial é considerado como um período higienista, onde se buscava uma medicina social como alvo da política pública de saúde.

Contudo, para melhor pontuar os principais traços da Reforma Psiquiátrica no país, é necessário traçar o caminho percorrido até o seu advento para apontar as mudanças ocorridas nas políticas públicas nacionais, principalmente no que tange à saúde mental, principalmente no que diz respeito às influências do pensamento internacional a respeito e que impactaram as mudanças ocorridas dentro das instituições asilares. Aqui ganha destaque a proposta de uma psiquiatria democrática do italiano Franco Basaglia.

Franco Basaglia buscava a implementação de ideias e ideais que compunham a humanização na assistência psiquiátrica italiana, baseando o eixo das mudanças propostas nos pilares da origem do pertencimento de classe (estigmatizando os loucos), a produção da verdade das ciências e a função social de tutela e controle social da psiquiatria.

Neste sentido, Basaglia propunha a inserção da pessoa com transtornos mentais e sua vida no centro dos debates e dos tratamentos em detrimento da própria doença, o que estigmatizava e prejudicava o tratamento desenvolvido pela medicina psiquiátrica.

Sendo assim, a partir da reforma proposta por Basaglia na Itália, conforme os hospitais psiquiátricos asilares eram fechados e seus pacientes eram liberados,

nasciam os centros de apoio para manter os cuidados com a própria pessoa e sua família de maneira comunitária.

Portanto, o eixo central da filosofia italiana que influenciou a Reforma Psiquiátrica no Brasil foi o fato de que as questões vinculadas aos transtornos mentais deveriam ser tratadas no meio social, ou seja, que toda a comunidade deveria participar no tratamento e na humanização daqueles que sofressem de transtornos mentais, e não apenas os hospitais psiquiátricos.

Consequentemente, após anos de luta, no ano de 1978 foi promulgada na Itália a “Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana”, também conhecida como “Lei Basaglia”, que passou a garantir direitos aos portadores de transtornos mentais e extinguiu os tratamentos compulsórios, baseando o modelo de assistência psiquiátrica na vontade do indivíduo, com a possibilidade do seu desenvolvimento em caráter extra-hospitalar.

No que diz respeito à experiência brasileira, Franco Basaglia aqui esteve em 1978 e 1979, influenciando diretamente a filosofia adotada pelo país para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica baseada no lema “Por uma sociedade sem manicômios”, nascendo assim a reabilitação psicossocial e os serviços substitutivos como alternativa às antigas internações de longa duração em hospitais manicomialais.

Sobre as alternativas às internações em hospitais manicomialais, importante destacar a atuação de Nise da Silveira, alagoana, médica psiquiátrica, grande precursora da humanização do tratamento do indivíduo com transtornos mentais, que desenvolveu a ideia de uma terapia ocupacional para com indivíduos sem buscar a cura da loucura, mas como método de transformação de vida, sob a perspectiva da arte e da promoção de afetividade.

No Brasil, Nise foi uma das responsáveis pelo destaque dos indivíduos que sofriam com transtornos mentais e acabavam sofrendo violações de direitos como aplicação de choque e restrição da liberdade como supostos métodos terapêuticos dentro de hospitais manicomialais.

Neste sentido, sobre a Reforma Psiquiátrica nacional, o início da década de 70 é marcado pela alteração do nome do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) para Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), o que já demonstra a natureza preventiva adotada pela política nacional naquele momento histórico.

A Reforma Psiquiátrica, enquanto processo encontrava-se em constante movimentação, a partir do interior dos distintos governos que assumem o poder de Estado, no geral por iniciativa de servidores que optam por ocupar a Administração Pública para efetivar a necessária reforma por dentro da gestão pública, ou a partir de pressões dos movimentos sociais, partidos políticos e seguimentos da sociedade civil que optam pela ação a partir da sociedade organizada.

Sobre o tema, importante citar AMÉLIA COHN (2018, pag. 225-241):

Dois exemplos dos mais significativos, na década de 1980, são dados pela ocupação de cargos diretivos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) – por exemplo, a presidência de Hésio Cordeiro no período 1985/1988 e posteriormente de 2007 a 2010 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e por Sergio Arouca na presidência da Fundação Oswaldo Cruz no período 1985/1989, condição que o levou a presidir a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Concomitantemente criam-se instituições da sociedade civil, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em 1976 e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) em 1979, que congregavam e seguem congregando o pensamento crítico na área da Saúde Coletiva, com isso assumindo a liderança do processo de defesa do SUS.

Um marco na trajetória da Reforma Psiquiátrica no país pode ser identificado na Portaria nº 48, promulgada em 1972, que determinava que a assistência médica aos beneficiários da Previdência Social deveria ser prestada, de forma preferencial, pelas próprias instituições previdenciárias e, somente depois de esgotada a capacidade de tais órgãos, poderia ser prestada subsidiariamente por instituições privadas do terceiro setor, contratadas por meio de convênios, contratos ou protocolos, exatamente porque ele aponta o início da alteração do cenário da política pública de saúde mental e ao mesmo tempo o enclave que permitiria o predomínio do setor privado no desenvolvimento da prestação dos serviços públicos de saúde mental.

Destaca-se que esta é uma mudança radical no setor de serviços públicos de saúde mental enquanto política pública, tendo em vista que privilegia a concentração do serviço público a ser efetivamente prestado pelo próprio Estado, ou seja, o setor privado é colocado numa posição de subsidiariedade, sendo seus serviços demandados apenas quando o próprio Estado não puder fazê-lo por si só.

Percebe-se, então, que o interesse do privado na atuação da saúde pública baseia-se, exclusivamente, na obtenção de lucro, sem qualquer finalidade social, quando desenvolve uma atividade privilegiada sendo remunerado pela Administração Pública, principalmente pela forma de remuneração no sistema de “unidade de serviço”.

A remuneração por “unidade de serviço”, então prevalecente, possibilita que o setor privado, já privilegiado por desenvolver uma atividade em favor do Estado, sem se sujeitar ao risco do mercado, receba subsídios por cada ato médico praticado, como realização de consultas, internações, fornecimento de medicamentos, entre outras.

Sobre o tema, citamos PITTA (2011, p. 4583)

Na era da “indústria da loucura”, em plena ditadura militar, se construía manicômios cada vez maiores e mais lucrativos sustentados por recursos públicos. O fluxo do dinheiro público para a esfera privada nesse período é revelado no fato de que, entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil em 1970.

Daí então a necessidade de concentração do desenvolvimento do serviço público de saúde mental, de forma a ser prestado pelo próprio Estado e, quando não fosse possível, deveria ser praticada a remuneração do setor privado pelo regime de “remuneração mensal”, objetivando diminuir gastos desnecessários e inviabilizar o custeio de serviços, que nunca seriam sequer efetivamente prestados, como fonte de corrupção.

Outro feito importante para a Reforma Psiquiátrica foi a criação da Bolsa de Saúde Mental, de 1974 e concedida para alunos do Curso Integrado em Saúde Mental, o que fomentou a criação de um quadro técnico para os hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde então

responsável pelas políticas de saúde mental, o que possibilitou a formação de um quadro de servidores públicos com uma nova ideologia de saúde mental e um novo conceito da psiquiatria.

O Plano Integrado de Saúde Mental (PINSAM) foi lançado em 1977, na VI Conferência Nacional de Saúde, pela Secretaria de Saúde, concretizando uma política de saúde mental preventiva em grande parte do país.

O PINSAM foi duramente criticado pelo setor privado, principalmente por estar em desacordo com os seus interesses e acabou sendo defendido exclusivamente por aqueles que lutavam por uma nova conceituação da saúde mental.

No ano de 1978 a DINSAM enfrentou uma grave crise político-econômica, com diversas denúncias de corrupção e desvio de verbas públicas nos seus hospitais, seguida de uma severa greve dos servidores públicos, e posteriormente ainda enfrentou a demissão de cerca de 260 profissionais.

A crise supracitada foi instaurada a partir da denúncia realizada por médicos bolsistas vinculados à DINSAM, que registram as irregularidades ocorridas dentro dos hospitais, dando publicidade à difícil situação enfrentada pelas instituições hospitalares e seus servidores públicos.

Neste aspecto, importante destacar que a DINSAM não realizava concurso público desde 1956 e passou a contratar “bolsistas”, que eram profissionais graduados ou estudantes universitários recrutados para trabalharem nas funções essenciais da área da saúde, como médicos, psicólogos, enfermeiros e outros.

Na ocasião, além da péssima administração da formação de recursos humanos, a DINSAM sofria duras críticas e pressões referentes a relações entre instituição e profissionais, ao modelo médico-assistencial, às condições de atendimento, entre tantas outras.

Neste íterim, em 20 e 21 de janeiro de 1979, é realizado o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo, criando a identidade profissional da categoria, iniciando-se assim a organização da atuação desses profissionais “do lado de fora” do Governo, caracterizada pela luta dos sindicatos e

pela articulação com outros movimentos sociais em prol da Reforma Sanitária (ai incluída a Reforma Psiquiátrica) e pela conquista de direitos sociais.

Destaca-se, neste Congresso, a dura crítica empregada contra o modelo asilar que funcionava à época, dando ensejo ao início da mudança do olhar psiquiátrico para com o doente mental.

Podem ser citadas diversas outras atividades realizadas por grupos sociais no intuito de fomentar a Reforma Psiquiátrica, como o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, realizado em Belo Horizonte em novembro de 1979, o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em maio de 1980 no Rio de Janeiro, o VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em agosto do mesmo ano, e tantos outros eventos que marcaram a luta pela redemocratização do Estado e pela mudança da concepção e do modelo de atenção psiquiátrica no Brasil.

No ano de 1980, mais precisamente em 11 de março, é promulgada a Portaria Interministerial nº 05, onde é criada a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), abarcando tanto o Ministério da Saúde, quanto os Ministérios da Educação e Assistência Social, ocasião em que se inicia o processo de cogestão do Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), com a sua colaboração no custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do Ministério da Saúde (MS).

A cogestão, que buscava a participação direta do MPAS da administração do projeto institucional da unidade cogeriada, inicia-se com a proposta de administrar e gerenciar alguns poucos hospitais públicos deteriorados, e diante da falta de resistência da oposição conservadora, acaba ganhando força no cenário político porque possibilita a injeção de recursos públicos nos hospitais psiquiátricos à reformulação administrativa destas unidades.

É curial ressaltar neste ponto que a cogestão era desenvolvida, em grande parte, por integrantes do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento cujo objetivo era constituir um espaço de luta contra a institucionalização manicomial e pela Reforma Psiquiátrica, o que gerou fortes críticas por parte da iniciativa privada diante da dicotomia de interesses manifestamente explicitados.

Em 2 de setembro de 1981 foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, por meio do Decreto nº 86.329 de 1981, a fim de ver solucionada a crise financeira vivida pela Previdência Social naquele momento.

Em meados de 1982 o CONASP cria o “Plano CONASP”, definindo diretrizes de uma reformulação da assistência no mesmo sentido das postulações deduzidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Há quem sustente que esta foi a primeira vez em que um projeto de assistência médico-hospitalar foi discutido amplamente por diversos setores da sociedade civil, com ampla participação de profissionais, usuários, familiares e empresários.

Em 21 de novembro de 1982 é aprovada a Portaria nº 3.108 que institui o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, elaborado pelo CONASP com participação da sociedade civil, associações de usuários e familiares e outros órgãos representativos da população.

Já no ano de 1983, o Centro Psiquiátrico Pedro II, em convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), inicia o Programa de Capacitação de Recursos Humanos em Saúde Mental, assim como é implantado o projeto de Reformulação da Assistência Médica do Município do Rio de Janeiro que adiante tornar-se-á modelo de assistência psiquiátrica para todo o país.

É fato que a esta altura da movimentação da sociedade no sentido de instituir a denominada “Reforma Psiquiátrica” a iniciativa privada sente-se pressionada, principalmente aqueles intitulados como “empresários da loucura” que eram proprietários de hospitais psiquiátricos e vêm seus lucros ameaçados.

O raciocínio dos opositores é lógico. Ao passo que a “Reforma Psiquiátrica” ganhava corpo, a desinstitucionalização era agenda de política pública e os usuários do serviço de saúde mental passavam a ganhar voz com suas reivindicações e reclamações de abusos, sendo conseqüente a baixa do consumo do serviço ofertado.

Nas palavras de AMARANTE (1995, p. 65)

As críticas da FBH demonstram a preocupação de ver reduzida a sua parcela de vantagens ao fato de que a cogestão 'prova que o hospital público é viável, que ele pode oferecer atendimento de qualidade à população, que serve como *lócus* de novas experiências e pesquisas, que é um centro formador de recursos humanos'. Para Maurício Lougon, o debate FBH *versus* cogestão traduz uma disputa de modelos de assistência: é a substituição de um modelo essencialmente privatista, pautado na relação atendimento/produção/lucro, por um modelo assistencial público eficiente.

Contudo, as distintas posições ideológicas entre os integrantes da direção da cogestão começaram a ressaltar, principalmente pelas posturas diferenciadas adotadas pelos membros do MTSM.

Já em 26 de setembro de 1985 foi realizado o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, ocorrido na cidade de Vitória/ES, onde os dirigentes locais passaram a se organizar de maneira independente, a fim de formar um forte quadro de administradores e de um corpo técnico.

Concomitantemente, o CONASP iniciou o Plano de Ações Integradas de Saúde (AIS), a fim de descentralizar a política nacional de saúde com a implementação de diversas políticas públicas neste mesmo sentido.

Neste momento político, importante destacar que o MTSM ocupa a administração dos hospitais psiquiátricos da DINSAM e que os seus membros divergem veementemente de posições políticas na saúde mental.

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Março de 1986 que se decidiu pela realização de conferências temáticas próprias do segmento da saúde, que a saúde mental ganha destaque.

Daí então foi organizada e realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em abril de 1987, no Rio de Janeiro, por organização da DINSAM, marcada por fortes conflitos com o MTSM, ocasião em que este último órgão define seu distanciamento da política nacional e assume um papel mais próximo dos usuários e familiares, marcando a data para realização do II Congresso Nacional do MTSM, na cidade de Bauru.

Ainda no ano de 1986 foi criado o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial Professor Luis da Rocha Cerqueira), em São Paulo, objetivando construir uma rede de prestação de serviços comunitários, evitando a internação e visando o acolhimento de egressos de hospitais psiquiátricos, a fim de ofertar atendimento aos portadores de doenças mentais. Com equipes multidisciplinares, o CAPS trabalhava simultaneamente, de forma preventiva, terapêutica e para reabilitação do paciente.

Em 1988, após a intervenção do Ministério da Saúde no Centro Psiquiátrico Pedro II e na Colônia Juliano Moreira, e após diversos atos de perseguição política, os interventores são afastados por meio de uma luta interna das próprias unidades; e diante da publicidade do caso a questão da desinstitucionalização torna-se um embate político mais público.

No mesmo sentido, o movimento da Reforma Psiquiátrica ganhou notoriedade nacional, após a intervenção da Secretaria da Saúde no Município de Santos, precisamente na Casa de Saúde Anchieta, a fim de combater as denúncias de exploração sexual de pacientes, óbitos, torturas e diversas outras barbáries.

Neste sentido, citamos a similaridade da Casa de Saúde Anchieta com a definição dada por GOFFMAN (1974, p. 11) para instituições totais:

[...] um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos em situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada [...]

Foi, então, a partir da criação do CAPS e do Núcleo de Apoio Psicossocial - NAPS que o Estado passou a implementar e financiar a nova concepção de serviço de saúde mental, buscando tratar do portador de doença mental no seu convívio social, objetivando promover a saúde mental e evitar a institucionalização desnecessária ou imotivada.

Posteriormente, em 1990, a Coordenadoria de Saúde Mental (CORSAM) é criada em substituição à DINSAM, que deixa de existir definitivamente no organograma da Administração Pública.

Por fim, já em 1 de dezembro de 1992, ocorre a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, com participação democrática de mais de vinte mil

peçoas, de forma a reafirmar os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, da desinstitucionalização e da luta antimanicomial.

A Reforma Psiquiátrica desaguou na promulgação da Lei nº 10.261 de 2001, consolidando um instrumento de proteção social aos portadores de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial de saúde mental, o que foi interpretado como uma conquista social de longos anos.

Ainda na abordagem história da Reforma Psiquiátrica, não pode ser deixado fora de contexto o Decreto de 28 de maio de 2003, assinado pelo então Presidente da República Luis Inácio Lula da Silva, que institui um Grupo de Trabalho Interministerial a fim de obter avaliações e propostas para rever, propor e discutir a política pública em âmbito federal em atenção aos usuários de álcool e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a publicidade de bebidas alcoólicas em todo território nacional. Registre-se que o Decreto supracitado foi revogado pelo Decreto nº 10.087 de 5 de novembro de 2019, promulgado na gestão do atual Presidente Jair Messias Bolsonaro, o que gerou a extinção daquele Grupo de Trabalho, o que será abordado em momento oportuno desta pesquisa.

Já no dia 31 de maio de 2003 foi promulgada a Lei nº 10.708/03 que instituiu o denominado “auxílio-reabilitação psicossocial” destinado a pacientes que permaneceram em internações psiquiátricas de longa duração, impulsionando a desinstitucionalização e a inclusão destes pacientes em programas de atenção em saúde mental extra-hospitalares.

Neste aspecto, é adequado citar GONÇALVES (2001, p. 48-51) que aborda o papel da família do usuário do serviço de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica:

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

Verifica-se neste momento histórico a preocupação do Estado para com o portador de transtornos mentais não apenas com a sua desinstitucionalização, mas principalmente com o seu bem-estar fora da tutela estatal.

Observa-se, assim, que o período compreendido entre 1990 até 2003 concentra a atuação política e normativa da reforma da saúde mental no país na busca de sedimentar novos parâmetros de atenção ao portador de doença mental, obtendo pouca repercussão depois disso e mantendo praticamente estagnada a Reforma Psiquiátrica até os dias atuais, quando se iniciaram retrocessos nas conquistas sociais e nesse segmento de atenção à saúde.

Neste diapasão, é patente que as diretrizes de política pública de saúde mental ainda não alcançaram o patamar desejado, tendo em vista as diversas forças empregadas no sentido de retomar a privatização do serviço público de saúde e a política a favor do isolamento dos portadores de transtornos mentais.

Contudo, a partir de então, apesar da relativamente escassa alteração legislativa e da relativa estagnação política e de movimentos sociais envolvendo a Reforma Psiquiátrica, que passa em conformidade com a Reforma Sanitária a ser mais reativa que propositiva, em 23 de agosto de 2006 foi promulgada a Lei nº 11.343/06, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), ocasião em que foi feita pelo Estado a escolha política pela prevenção ao uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

Em 30 de junho de 2011, durante a gestão da então Presidente da República Dilma Rousseff, foi promulgada a Resolução nº 29 da ANVISA que 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.

É a partir de então que tem início o que chamaremos de retrocesso social. O Estado retoma a velha prática de subsidiar entidades privadas do terceiro setor para prestação de serviços assistenciais, na sua maioria mantidas pelo viés religioso, para desenvolver atividades próprias de competência estatal.

Nesse contexto, já no ano de 2015, foi editada a Resolução nº 01 de 2015 pelo Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), a fim de regulamentar o funcionamento das denominadas Comunidades Terapêuticas (CTs), destinadas ao tratamento de dependentes químicos por instituições da iniciativa privada do terceiro setor, subsidiadas com recursos públicos.

No ano de 2017, por meio da Portaria Interministerial nº 2 de 2017, os Ministros de Estado da Justiça, Segurança Pública, Saúde, Desenvolvimento Social e do Trabalho instituíram o Comitê Gestor Interministerial, a fim de articular e integrar ações políticas voltadas à prevenção, formação, pesquisa, cuidado e reinserção social das pessoas acometidas de transtornos mentais decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas.

Em 13 de março de 2018 foi promulgada a Resolução nº 1 de 2018 do Ministério da Justiça que definiu as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), anteriormente aprovada pelo Decreto nº 4.345 de 2002

Em 16 de novembro de 2018 foi suspenso um repasse de verba do Governo Federal destinado ao atendimento em saúde mental (CAPS) para mais de 22 Estados da Federação, no importe aproximado de R\$ 78.000.000,00 (setenta e oito milhões de reais), sob a justificativa de haver ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.

No entanto, antes disso, no dia 25 de abril de 2018, o Governo Federal havia publicado no Diário Oficial o edital de credenciamento – SENAD nº 01/2018, objetivando a contratação de serviços particulares especializados de acolhimento de pessoas com transtornos mentais em decorrência do uso ou abuso de substâncias psicoativas. Com essa medida, foram destinados aproximadamente R\$ 87.000.000,00 (oitenta e sete milhões de reais)<sup>1</sup> para subsidiar o terceiro setor, que passou então a retomar o serviço público de saúde mental no país.

Sobre o tema, é de extrema importância citar as recentes considerações sobre o assunto, nas palavras de (RAVADAME, 2020)

---

<sup>1</sup> Para fins de cálculo deflacionado desse valor, o dólar à época equivalia a US\$ = R\$ 3,50

Com a regulamentação das CTs em 2015, o governo Temer (2016 – 2018) seguiu nas medidas de regressão das políticas de saúde mental, entre elas a diminuição de recursos direcionados aos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPs, o aumento de financiamento das CTs e de manicômios psiquiátricos tradicionais e a redução dos espaços de participação social, onde movimentos pela luta antimanicomial atuavam.

Demonstra-se assim, o notório interesse do governo em transferir a política pública de tratamento dos indivíduos com transtornos mentais derivados do uso, abuso ou dependência de álcool e/ou outras drogas para o terceiro setor, eximindo-se da efetivação de programas sociais e subsidiando o terceiro setor, o que foi agravado ainda mais com as mudanças da estrutura das políticas públicas do governo federal relacionadas às políticas de drogas.

### **1.1.1. A transferência da gestão da política de drogas entre ministérios e a nova proposta de saúde mental**

O sistema de regulação, controle e fiscalização sobre problemas associados às drogas possui um campo complexo de atuação interministerial e vem sendo alterado nos últimos governos de maneira proposital para acompanhar a mudança de posicionamento dos líderes governamentais sobre o assunto.

A transferência de competências entre ministérios no que tange à política de drogas no Brasil representa o reflexo do eixo da política adotada pelo país, caracterizado por um crescente processo de deslocamento da Reforma Psiquiátrica e da progressiva culpabilização e criminalização do doente mental.

Para apontar essas mudanças, é importante ressaltar que o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD) foi criado pela Lei nº 11.343 de 2006 e impõe medidas de prevenção ao uso indevido de drogas, além de dispor sobre a atenção e reinserção social dos usuários e dependentes de drogas. O artigo terceiro, parágrafo segundo da norma dispõe que o SISNAD deve atuar em articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

O artigo vinte e três da norma dispõe ainda que as redes dos serviços de saúde desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao indivíduo dependente de drogas, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde.

O órgão superior e permanente do SISNAD é o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que é responsável por aprovar, reformular e acompanhar o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas, deliberar sobre as iniciativas do governo federal no que tange às políticas sobre drogas, acompanhar o cumprimento pelo SISNAD das diretrizes nacionais sobre a política de drogas, além de acompanhar e se manifestar sobre proposições legislativas referentes às drogas.

O CONAD até 2019 era presidido pelo Gabinete de Segurança Institucional (GSI), da Presidência da República junto com o Ministério da Justiça, dividindo a atenção e as diretrizes da política pública do órgão máximo sobre atenção às drogas.

Contudo, após as mudanças realizadas pelo governo do então Presidente da República, Jair Bolsonaro, a política sobre drogas sofreu grandes alterações, diminuindo a participação popular na formulação de propostas de políticas públicas e também nas fiscalizações dos serviços, além de transferir as questões de combate às drogas e de atenção às pessoas com transtornos mentais derivados do consumo ou dependência de drogas para o viés exclusivo da segurança pública, levando à criminalização e a culpabilização do doente mental.

Diante da nova reforma administrativa implementada pelo atual Presidente da República, por meio da Medida Provisória nº 870 de 2019 que desaguou na Lei nº 13.844 de 18 de junho de 2019, a Política Nacional sobre Drogas passou a ser de competência do Ministério da Cidadania.

Nessa reformulação administrativa o Ministério da Cidadania ganhou competência para desenvolver as políticas sobre drogas, aquelas relativas à educação e informação com vista à redução do uso indevido de drogas, realização de campanhas de prevenção ao uso de drogas, redução das consequências sociais e de saúde decorrentes do uso de drogas, além da articulação, coordenação, supervisão, integração e proposição das ações do governo e do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), quanto aos aspectos relacionados ao tratamento, à recuperação e à reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

O Ministério da Justiça e Segurança Pública, por seu turno, passou a gozar de competência para atuar na política sobre drogas, relativa à difusão de conhecimento, delitos e infrações relacionados às drogas, além do combate ao tráfico de drogas.

Quanto ao Ministério da Saúde, foi fixada apenas a competência para promover a vigilância de saúde, especialmente quanto às drogas, medicamentos e alimentos.

Já o CONAD, órgão máximo da SISNAD, passou a ser presidido exclusivamente pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, sem qualquer vínculo do Ministério da Saúde na formulação de políticas públicas.

Ademais, por meio do Decreto nº 9.926 de 2019 o governo federal diminuiu de 31 (trinta e um) para 14 (quatorze) o número de membros do CONAD, extinguindo a participação popular na gestão do órgão que passou a ser formado exclusivamente por membros do governo com a ideologia de criminalização do usuário de drogas e de abstinência no tratamento do indivíduo com transtornos mentais derivados da dependência de drogas.

Nesse decreto foram suprimidos do Conselho representantes da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), do Conselho Federal de Medicina (CFM), do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), do Conselho Federal de Educação (CFE), da União Nacional dos Estudantes (UNE) e da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC).

Outros cinco profissionais que antes eram indicados pelos ministros que presidiam o CONAD também perderam participação, notadamente um jornalista, um antropólogo, um representante da classe artística e dois representantes do terceiro setor.

Gozando de competência plena para gerenciar a política pública sobre drogas, em 19 de março de 2019 o Ministério da Cidadania editou a Portaria nº 562 que criou o Plano de Fiscalização e Monitoramento de CTs no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), o que demonstra o

interesse desse Ministério em transferir a atividade de atenção aos indivíduos com problemas associados às drogas para o terceiro setor.

Em ato contínuo, por meio da Portaria nº 563, publicada no mesmo dia 19 de março de 2019, foi criado o Cadastro de Credenciamento das CTs e estabelecidas as regras para a efetiva habilitação para contratação das entidades do terceiro setor pelo Estado.

Em 11 de abril de 2019 foi publicado o Decreto nº 9.761, assinado pelo Presidente da República que aprovou a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), definindo o modelo de tratamento da dependência química pelo viés da abstinência e privilegiando a contratação de CTs ao revés do fortalecimento da rede de atendimento psicossocial CAPS-ad.

Foi justamente durante esses retrocessos e a retomada de privilégios do setor privado em detrimento do aparato público que a política de drogas foi transferida de ministérios, enfraquecendo os movimentos sociais participativos de combate à institucionalização e do próprio movimento da luta antimanicomial.

Já em 5 de junho de 2019, por meio da Lei nº 13.840/19, o Governo alterou a Lei nº 11.343/06 que dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, e instituiu a possibilidade de acolhimento de usuário ou dependente de drogas em CTs.

A norma jurídica criada define critérios para caracterizar o acolhimento de usuários ou dependentes de drogas em CTs, com a obrigatoriedade de oferta de projetos terapêuticos, com adesão e permanência voluntária, dependendo de avaliação médica prévia e necessitando da criação de um plano individual de atendimento para cada usuário, sendo vedado o isolamento físico do acolhido.

Diante desse contexto histórico da luta antimanicomial, que aponta para graves retrocessos na política de saúde mental neste período recente, e que sinalizam o desrespeito da saúde como um direito humano fundamental, e como vem sendo reafirmado nos mais diversos eventos em torno da questão ocorridos em todo o território nacional, é medida de extrema importância que a sociedade civil organizada, as organizações representativas das categorias profissionais dos

trabalhadores da saúde, usuários, familiares e demais indivíduos permaneçam firmes no sentido de não permitir o retrocesso da política de desinstitucionalização que vinha sendo implementada, o que vem ocorrendo pelas medidas de preferência pelo setor privado da saúde, mais especificamente pelo assim denominado terceiro setor, sob pena de o país sofrer mais um retrocesso social com a flexibilização de direitos e garantias fundamentais que são reflexos de anos de luta pelo que se entende hoje por direito à saúde.

## **1.2. A guerra às drogas como estratégia de política pública**

Inicialmente, cumpre esclarecer que a OMS – Organização Mundial da Saúde - define droga como *qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento.*

Portanto, será adotado nesta pesquisa científica o conceito fornecido pela OMS para definição de drogas, podendo elas ser de uso permitido ou não, diante da discricionariedade de eleição pelo Estado.

O consumo de substâncias que alteram o funcionamento do corpo humano acontece desde a Antiguidade, seja pelo consumo de álcool, seja pela utilização de determinadas substâncias entorpecentes para fins medicinais ou recreativos.

Com o avanço da globalização e o estreitamento das relações individuais essas substâncias passaram a ser facilmente transportadas entre regiões e povos, sendo utilizadas no geral como expressões de valores de determinadas culturas, principalmente aquelas consideradas pagãs.

Contudo, após a expansão dessa cultura de consumo de substâncias entorpecentes, observam-se, já na Modernidade, os primeiros relatos de intervenção estatal na vida privada no que concerne ao consumo de drogas, que ocorreu na China com o estopim do consumo do ópio.

Neste sentido, é necessário citarmos a Conferência em Xangai, em 1909, e a promulgação da Convenção de Haia, popularmente denominada como Primeira Convenção do Ópio, de 1912.

Segundo CARVALHO (2015, p. 04), em meados do Século XIX a Grã-Bretanha encontrava-se em grande ascensão econômica, e enquanto nação, caminhando para a segunda fase da Revolução Industrial, ao passo que a China naquele momento histórico não demonstrava qualquer interesse pelos produtos europeus.

Contudo, apesar da posição inerte da China frente à grande potência mundial da época, o ópio, substância química entorpecente extraída da papoula, gerava grande interesse no território chinês. Desta forma os comerciantes europeus passaram a explorar esta atividade econômica com a internacionalização do ópio na China.

Entre 1811 e 1821, o volume anual de importação de ópio na China girava em torno de 4,5 mil pacotes de 15 quilos cada (67,5 toneladas). Essa quantidade quadruplicou até 1835 e, quatro anos mais tarde, chegou a ponto de o país importar 450 toneladas, ou seja, um grama para cada um dos 450 milhões de habitantes da China na época.

Diante do consumo exacerbado de ópio pelos chineses, o Império Chinês movimentou-se no sentido de alertar a população para o ocorrido, o que desaguou na denominada “Primeira Guerra do Ópio”, com a instauração, pelo Império, de uma política de proibição ao consumo dessa substância, sem sucesso.

Posteriormente, no período compreendido entre 1856 a 1860, foi consolidada a “Segunda Guerra do Ópio”, momento em que a China novamente foi derrotada pelas forças europeias e forçada a abrir seus portos em favor do comércio de ópio internacional. Dessa forma, depreende-se que o consumo e a comercialização do ópio tornaram-se uma questão de política internacional apresentando a necessidade de mobilização de órgãos internacionais para sua regulamentação com a consequente celebração de acordos multilaterais. Isso no mesmo momento em que os Estados Unidos da América (EUA) já lançava uma forte campanha de combate às drogas em virtude da reprovação moral ao uso de substâncias entorpecentes, objetivando a manutenção do que se consideravam bons costumes.

Daí então o Estado passa a controlar o comércio do ópio.

Sobre o assunto, disserta CARVALHO (2011, p. 04)

As convenções internacionais no início do século XX surgem como resultado da guerra do ópio, conflito conhecido entre a Inglaterra e a China, entretanto, são fruto da disputa imperialista na Ásia. Patrocinadas pelos Estados Unidos, cujo interesse na questão já foi tratado em outros artigos, as convenções tem inicialmente o objetivo de controlar o comércio do ópio e seus derivados

Foi em decorrência da Conferência em Xangai realizada em 1909 que foi assinada a Convenção de Haia no ano de 1912, em que os países signatários concordaram em proibir o consumo de substâncias derivadas do ópio e de cocaína em seus territórios internos, desde que não houvesse prescrição médica para tal consumo.

Pode ser afirmado que esta foi uma das primeiras movimentações internacionais no sentido de estabelecer a denominada “guerra contra as drogas”, estabelecendo-se, desta maneira, a primeira intervenção estatal sob a alteração da consciência por meio de substâncias.

Sobre os interesses que ensejaram o início da guerra às drogas e a forte participação dos Estados Unidos neste movimento, citamos trecho do artigo científico publicado por RODRIGUES (2012, p. 9-41).

Com a proibição do ópio, a partir de 1900, começaram as primeiras campanhas de amedrontamento da população norte-americana com relação aos “perigos” da droga, correlacionados a específicos grupos étnicos, vistos como “ameaçadores”. Em território americano, a reprovação moral ao uso de substâncias psicoativas – representado pelas abstinências ligas puritanas – era tradicionalmente acompanhada pela associação entre determinadas drogas e grupos sociais. Uma mesma lógica era aplicada: minorias e imigrantes tinham comportamentos moralmente reprováveis e ameaçavam valores clássicos da América branca e puritana.

No âmbito do Direito Internacional, há uma gama variada de legislações proibicionistas, no sentido de criar um sistema internacional de cooperação entre os Estados Soberanos contra a comercialização de drogas eleitas como ilícitas. Citamos, neste sentido, a Convenção Única (Nova York, 1961), a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (Viena, 1971) e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Drogas (Viena 1988).

Já em território nacional, o Brasil respondeu aos primeiros passos da política proibicionista mundial, onde o eixo da liderança foi transferido para os EUA,

acompanhando as diretrizes internacionais de proibição ao consumo de substâncias entorpecentes.

Em 1964, por meio do Decreto nº 54.216, o Brasil promulgou a Convenção Única sobre Entorpecentes que dispunha sobre a conceituação de determinadas drogas, aplicava obrigações gerais de cooperação e proibição de consumo e circulação das citadas drogas, além de listar taxativamente as drogas que deveriam ser proibidas pelos Estados signatários.

O Decreto nº 79.388 de 14 de março de 1977 promulgou a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, assinada em Viena em 21 de fevereiro de 1971, seguindo medidas rigorosas de controle de circulação de substâncias entorpecentes dentro do território nacional.

Já a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas somente foi promulgada no Brasil em 26 de junho de 1991, por meio do Decreto nº 154 de 1991, e determinava diretrizes aos Estados para coibir o tráfico internacional de drogas.

No que tange ao ordenamento jurídico nacional, antes de 1890 não havia uma tipificação própria sobre a utilização de substâncias entorpecentes, sendo que apenas no Código Penal promulgado pela Lei nº 847 de 1890, em 11 de outubro daquele ano, é que passou a criminalizar a comercialização de substâncias venenosas, mas sem qualquer referência expressa a substâncias entorpecentes.

Apenas no ano de 1932, por meio do Decreto nº 22.213 de 14 de dezembro de 1932, o Brasil aprovou a denominada Consolidação das Leis Penais que deu início à utilização do termo “substância entorpecente”, apresentando mais sinais da política proibicionista.

Já no ano de 1940, na gestão do então Presidente da República Getúlio Vargas, o Brasil promulgou o Código Penal vigente até hoje, por meio do Decreto-Lei nº 2.848 de 1940, ocasião em que foi tipificado o crime de tráfico de drogas, com pena entre 1 a 5 anos de reclusão para quem incidisse no tipo penal do tráfico de drogas.

No ano de 1942, por meio do Decreto-Lei nº 4.720/1942, o Brasil fixou normas gerais para o cultivo de plantas entorpecentes e para a extração, transformação e purificação dos seus princípios ativo-terapêuticos.

Em 21 de outubro de 1976 foi publicada a Lei nº 6.368/1976 que dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

Nesse momento histórico, a pena para o crime de tráfico de drogas era de 3 (três) a 15 (quinze) anos de reclusão, além da criação de causas especiais de aumento da pena, enquanto que a pena para quem portasse droga para o seu consumo próprio variava entre 6 (seis) meses e 2 (dois) anos de detenção.

No ano de 1986 a Organização dos Estados Americanos (OEA) realizou na Cidade do Rio de Janeiro a Primeira Conferência Especializada Interamericana sobre Tráfico de Drogas, o que desaguou na criação da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD), coordenada pela OEA e com participação inicial de onze Estados membros.

A Comissão objetivava a compatibilização das legislações dos Estados Membros sobre o tráfico de drogas, a fim de unificar a estratégia de controle e repressão em atuação conjunta, sendo que no ano de 1998, por meio da 2ª Cúpula das Américas, os Estados Membros assumiram a obrigação de erradicar a produção de substâncias entorpecentes e o tráfico de drogas até o ano de 2008.

Como política pública proibicionista interna, o Brasil inseriu na Constituição Federal de 1988 o crime de tráfico de drogas como crime inafiançável e insuscetível de graça ou anistia, o que foi tornado mais rígido posteriormente com a promulgação da Lei nº 8.072 de 1990 que equiparou o tráfico de drogas a crimes hediondos.

Sobre o tema, citamos GIAMBERADINO (2010, p. 34)

O Brasil teve regimes políticos ditatoriais de 1937 a 1945 e depois durante a Guerra Fria (1964-1985), este último concluído através de uma gradual abertura política que culminou na promulgação da atual Carta Constitucional, em 1988. Há, portanto, uma tradição autoritária com raízes profundas, mas que paradoxalmente encontrou na redemocratização – no mesmo período em que emergia o discurso sobre “a crise do Estado Social” – o ambiente político adequado à recepção acrítica das políticas de “lei e ordem” norte-americanas e de guerra contra o narcotráfico, até o ponto de

se adotar uma concepção ainda mais radical de militarização das políticas de segurança pública.

Em 1996 o Brasil lançou o Programa Nacional Antidrogas (PNAD), com o objetivo de prevenir, recuperar, reinserir os dependentes e reprimir o tráfico, na tentativa de gerir políticas públicas a fim de fomentar o ideal proibicionista dentro do território nacional.

A partir de então diversas foram as tentativas do Brasil de atuar contra o tráfico de drogas em verdadeira internacionalização da política de guerra às drogas estabelecida inicialmente pelos EUA.

No entanto, merece destaque a promulgação da Lei nº 11.343 de 2006 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, além de estabelecer normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas.

Nesse momento houve o instituto da despenalização, tendo em vista que a pena anteriormente estabelecida entre 6 (seis) meses a 2 (dois) anos de detenção para aquele que portar droga para seu consumo próprio foi substituída pelas penas de advertência, prestação de serviços à comunidade ou medidas educativas.

Apresenta-se aí, então, uma das primeiras flexibilizações do Brasil na política pública de enfrentamento às drogas, quando o Estado passa a amenizar a punição do usuário de drogas, tratando-o como um verdadeiro dependente e não mais como criminoso que necessita da custódia estatal.

Tendo em vista que este trabalho científico não busca se debruçar sobre a criminalização do uso de drogas, deixaremos de abordar a causa de diminuição de pena para aqueles que sejam réus primários, mantendo o eixo desta pesquisa que é o tratamento fornecido pelo Estado aos dependentes químicos.

Contudo, é necessário frisar que a política de guerra às drogas adotada pelo Brasil decorreu de influência direta dos Estados Unidos, uma vez que no ano de 1968 Richard Nixon, eleito presidente dos EUA, sustenta a retomada da “lei e da

moral”, num momento em que a vasta maioria da população norte-americana acreditava que a droga era a causadora dos problemas sociais.

Além do posicionamento radical de Nixon, outros Chefes de Estado norte-americanos sustentaram o mesmo discurso de guerra às drogas, como Ronald Reagan.

Sobre o tema, citamos RODRIGUES (2012, p. 17):

Durante os governos de Ronald Reagan, a ênfase na militarização da “guerra às drogas” se acentuou. Nesse período, os EUA identificaram a associação entre guerrilhas de esquerda – como as Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia (FARC) e o Sendero Luminoso no Peru – com o tráfico de cocaína naquilo que seria uma nova ameaça à segurança continental (LABROUSSE, 2010).

A partir da década de setenta, os EUA começou a responsabilizar não apenas os países que produzissem as drogas consumidas por seus habitantes, mas também aqueles que fossem utilizados como rota de passagem do tráfico internacional de drogas.

Diante da grande influência econômica mundial dos EUA, os países começaram a endurecer suas legislações; é quando o Brasil adota a política de “guerra às drogas”, assumindo a posição estatal já descrita no item anterior e vigente até os dias atuais.

Feitas as considerações acerca da internacionalização da política de combate às drogas no Brasil fundamentalmente por influência econômica dos EUA, mas não só, é importante demonstrar que essa política de proibição não resolveu o problema do consumo de substâncias entorpecentes e ainda acabou criando um novo problema social, marcado pela abrupta desigualdade social e fomentado pelo sistema paralelo de comercialização de drogas: a superlotação penitenciária; e para isso, os dados do Departamento Penitenciário Nacional, vinculado ao Ministério da Justiça, informam que até junho de 2019 o país contava com um total de 758.676 presos, sendo que mais de 304 mil presos, ou seja, 39,42% da totalidade estão reclusos pela prática de crimes previstos na Lei de Drogas.

Tomando-se esses dados como indicador possível dos resultados da política desenvolvida de “guerra às drogas” adotada pelo país, são fortes as evidências de

que ela não solucionou o problema do consumo de drogas – cerca de 3.563 milhões de brasileiros consumiram drogas ilícitas em período recente<sup>2</sup> - como tampouco foi capaz de contribuir para ações voltadas à reinserção social dos indivíduos consumidores de drogas; ao contrário, com a prisão em massa desse grupo acabou contribuindo para a estigmatização daqueles mais expostos ao consumo da droga, sobretudo os socialmente mais vulneráveis, além de contribuir com a superlotação penitenciária.

---

2. Conforme dados extraídos do sítio: <<https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2019/04/06/internabrazil,747883/pesquisa-indica-3-5-milhoes-de-usuarios-de-drogas-ilicitas-governo-re.shtml>>. Acesso em 03 de outubro de 2020.

## 2. A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL ENQUANTO ATIVIDADE ESTATAL

Com o advento da Reforma Psiquiátrica e com o avanço da promoção da saúde mental por meio do Estado do Bem-Estar Social (EBES) somado a política proibicionista de drogas, o Brasil assumiu para si o dever de cuidar dos indivíduos com transtornos mentais derivados do uso ou abuso de substâncias entorpecentes.

Esse cuidado, enquanto realizado diretamente pela administração pública, por meio dos mecanismos e instituições criados com a Reforma Psiquiátrica, notadamente a RAPS e o CAPS-ad era realizado em consonância com as diretrizes da luta antimanicomial e os princípios da promoção da saúde mental.

Ocorre que rapidamente o mercado, isto é, o setor privado passa a conceber essa atividade de cuidado como uma atividade econômica extremamente lucrativa, tendo em vista que se coaduna com a política pública proibicionista do consumo de drogas.

Contudo, essa atividade quando desenvolvida pelo terceiro setor nem sempre respeita os princípios da promoção da saúde mental, o que demanda a sua regulamentação por parte do Estado para evitar o retorno das instituições manicomiais e da política higienista de saúde mental.

Posto isto, o cuidado de indivíduos com transtornos mentais derivados do uso ou abuso de substâncias entorpecentes deveria ser realizado diretamente pelo Estado, por meio de instituições próprias para garantir a efetividade da política pública.

No entanto, a expansão dessa atividade econômica pelo terceiro setor somada com a sua regulamentação jurídica criou a possibilidade de o Estado transferir a política pública de cuidado esses indivíduos para as CTs como atividade terceirizada por meio de convênios administrativos

Antes de adentrar no mérito da discussão travada sob a forma de prestação do serviço público de tratamento de indivíduos com transtornos mentais derivados do uso ou abuso de substâncias entorpecentes, é extremamente necessário conceituar o termo *serviço público* e, por conseguinte, especificar as suas peculiaridades.

A missão de definição e especificação do termo *serviço público* nem de longe é uma tarefa fácil, tendo em vista que essa conceituação encontra-se diretamente vinculada com a forma de Estado, forma de governo e outros conceitos básicos do território estudado, extraídos da Teoria Geral do Direito.

Destaca-se que as prestações positivas desenvolvidas pelo Estado ou por particular, sob sua titularidade, consistem em direitos de segunda geração, derivados do EBES, o que impõe ao Estado a função de agente provedor das garantias de vida digna de todos os indivíduos que vivem sob sua jurisdição, o que engloba também políticas econômicas e sociais sob sua jurisdição.

A partir dessa concepção de Estado, todo indivíduo goza de direitos e garantias desde o seu nascimento até a sua morte, ressalvados os direitos do nascituro e os direitos de imagem e honra, que são perpetrados mesmo após morte ou antes do nascimento.

Neste sentido, o EBES, inspiração direta da Constituição brasileira na área social, por definição é garantidor de direitos mínimos, como educação, renda, seguridade social, saúde e tantos outros direitos humanos, coletivos e individuais. Na Europa, sua emergência encontra-se intimamente ligada ao término da Segunda Grande Guerra e aos problemas sociais gerados a partir do processo do desenvolvimento do capitalismo industrial. Assim, o EBES não apenas garante direitos mínimos, definidos esses mínimos socialmente, mas também intervém na economia, objetivando a geração de empregos e riquezas com o escopo de diminuição de desigualdades sociais, por mais controverso que pareça.

Contudo, este EBES que impõe ao poder público determinadas prestações positivas possibilita que estas prestações sejam efetivadas de distintas formas, tema sobre o qual se debruça este estudo.

Alguns desses serviços públicos devem ser prestados de maneira direta, permanente e exclusiva pelo próprio Estado, por meio de atribuições específicas da União, dos Estados e/ou dos Municípios, o que se denomina *serviço público próprio ou direto*.

A Constituição Federal promulgada em 1988 dispõe em seu artigo vinte e um, *caput* e incisos, quais são os serviços públicos que devem ser desempenhados diretamente pela União, sendo vedada a sua transferência para a iniciativa privada.

Sobre o tema, importante transcrever GUIMARÃES (2017)

Há atividades que por decisão constitucional devem ser necessariamente prestadas diretamente pelo Estado, como ocorre com o serviço postal (art. 21, X da CF). Há outras atividades que devem ser prestadas pelo Estado, mas admite-se, todavia, a iniciativa privada em paralelo aos serviços estatais. É o que acontece com a saúde e a educação (arts. 197 e 206, III da CF, respectivamente). Há ainda atividades públicas que devem necessariamente ser exploradas por particulares, como acontece com o serviço notarial (art. 226 da CF). E há diversas outras atividades, que podem ser prestadas diretamente ou ainda delegadas à iniciativa privada (que constituem a generalidade dos casos).

Em seu artigo vinte e três a Carta Magna dispõe que compete, concomitantemente, entre União, Estados e Municípios o *cuidado da saúde e assistência pública*, sem que haja qualquer menção sobre a possibilidade ou não da transferência da execução deste serviço para o setor privado.

Neste aspecto, vale ressaltar que a prestação de serviços públicos de forma *indireta* pode ser desenvolvida tanto pela Administração Pública Indireta, constituída por autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações, quanto pelo setor privado, por meio de convênios administrativos.

Tendo em vista que na maioria das vezes o serviço público a ser prestado depende de recursos humanos e materiais que a administração pública não detém, além do próprio interesse da privatização do serviço público, a transferência da prestação destes serviços para o terceiro setor vem se construindo numa alternativa cada vez mais presente no Brasil.

Mais uma vez faz-se necessária a citação do estudo realizado por GUIMARÃES (2017):

Nada obstante o serviço público tenha sido, por força da pujança do Estado de Bem-Estar Social, celebrizado como uma atividade prestada pelo Estado (i.e. mediante a atuação da Administração Pública Direta ou Indireta), fato é que esta correlação não é necessária. Com efeito, desde sua formulação originária, o serviço público não equivale a uma atuação direta do Estado, mas sim a um peculiar modo de organização de certas atividades que atingem interesses coletivos. Deste modo, sempre foi possível cogitar da presença de particulares no que se refere à execução material dos serviços

públicos. E os procedimentos de delegação são as vias pelas quais os particulares assumem para colaborar com a Administração.

É necessário, portanto, sempre que a execução material de um serviço público seja transferida pela administração pública para a iniciativa privada, que seja realizada a análise da efetivação dos interesses coletivos nesta colaboração, a fim de garantir o próprio interesse público na realização do serviço transferido.

No que tange ao serviço público de tratamento de indivíduos com transtornos mentais derivados do uso ou abuso de substâncias entorpecentes e sobre a política de combate às drogas, algumas considerações precisam ser feitas para que esta análise seja efetiva e concreta.

Para avaliar esse serviço público é necessário descrever os avanços e retrocessos dessa política para compreender a forma de tratamento realizada pelo Estado para com esses indivíduos.

Há tempos, em todo o mundo e também no território nacional, o problema de dependência química vem sendo tratado como matéria de saúde pública e não mais de segurança pública, como vinha ocorrendo com a marginalização do dependente e a criminalização e penalização do consumo de substâncias entorpecentes, o que ainda ocorre numa magnitude muito maior do que a desejável.

A política pública de despenalização do porte de drogas para consumo próprio, com a consequente criação do tipo penal na esfera de infração de menor potencial ofensivo, sem a possibilidade de reclusão do usuário de drogas, é um dos exemplos mais marcantes desta mudança de paradigma no Brasil.

Sendo assim, o Brasil enquanto agente promovedor de políticas positivas, em 1992, com a edição da Portaria nº 224/92 pelo Ministério da Saúde atribuiu diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental, com o escopo de garantir os princípios da Reforma Psiquiátrica que colocou fim aos antigos manicômios e casas de isolamento social daqueles que sofressem com distúrbios mentais.

Nessa ocasião o Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) eram definidos como *unidades de saúde locais que oferecem*

*atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial a internação hospitalar por equipe multiprofissional.*

Com o ápice da Reforma Psiquiátrica a preocupação política com problemas associados à saúde mental torna-se crescente, contudo sem que isso se traduzisse com aumento do aporte na destinação de recursos públicos ou ampliação da infraestrutura direcionados àqueles dependentes de substâncias entorpecentes.

Sendo assim, a criação do serviço público de assistência ao tratamento de pacientes com transtornos mentais derivados do uso ou abuso de álcool e outras drogas somente vem a ocorrer dez anos mais tarde.

Foi apenas no ano de 2002, por meio da Portaria nº 336, que o Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, criou e definiu atribuições específicas para os Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPS-ad), direcionados estritamente ao atendimento de pacientes com transtornos mentais derivados do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Sobre o tema, importante transcrever as palavras de LARENTIS (2012):

Em março de 2002, foram criados os CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) que são serviços de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, devendo oferecer atendimento diário, intensivo, semi-intensivo ou não intensivo. Esses serviços, conforme preconiza o Ministério da Saúde, devem contar com planejamento terapêutico individualizado de evolução contínua, possibilitando intervenções precoces, além de apoio de práticas de atenção comunitária e de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Vale ressaltar que a multidisciplinaridade nesses serviços é de fundamental importância para que os atendimentos possam ser mais humanizados, visando a liberdade e autonomia das pessoas e não a reprodução de discursos (Alverga & Dimenstein, 2006; Ministério da Saúde, 2003, 2004, 2005).

Naquela portaria, o CAPS-ad era definido como um *serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas*, devendo ser instalado em todo município com população superior a 70.000 (setenta mil) habitantes.

Este Centro de Atenção Psicossocial para dependentes de substâncias psicoativas era caracterizado como um serviço ambulatorial de atenção diária, constituindo verdadeira porta de entrada da rede assistencial local, articulado com o

Conselho Municipal de Entorpecentes, responsável por capacitar equipes de Atenção Básica, serviços e programas de saúde mental, além de realizar cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área da saúde mental.

O funcionamento dessa rede foi definido pela própria Portaria nº 336/2002, no período das 8:00 às 18:00, em 2 (dois) turnos, durante 5 (cinco) dias da semana, podendo, excepcionalmente, funcionar em terceiro turno até as 21h00.

Por expressa previsão legal, todo CAPS-ad é obrigado a manter entre 2 (dois) a 4 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso de pacientes, não havendo qualquer possibilidade de isolamento forçado ou reclusão do paciente.

Os serviços disponibilizados nesse sistema incluíam atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, entre outros), atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), atendimentos em oficinas terapêuticas, obrigatoriamente executadas por profissionais de nível superior ou médio, visitas, atendimentos domiciliares e atendimento à família.

Os enfoques dessa instituição são as atividades comunitárias visando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social, fornecendo 1 (uma) refeição para os pacientes assistidos em turno de 4 (quatro) horas diárias e 2 (duas) refeições para os pacientes assistidos em dois turnos (8 horas diárias), além de atendimento de desintoxicação.

No ano de 2006 o Ministério da Saúde criou o projeto de pesquisa denominado “Saúde Mental em Dados”, objetivando apresentar um quadro geral sobre os principais dados da Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, permitindo que o leitor tivesse uma perspectiva ampla e conjugada do estado da RAPS e a complexidade exigida para promover a saúde mental para toda a população brasileira.

No ano de 2015 a pesquisa alcançou a sua 12ª edição e apontou que no período entre os anos de 2006 a 2011 o SUS dobrou o número de atendimentos de pacientes com problemas associados a álcool e outras drogas, apontando o sucesso estabelecido na RAPS com a expressiva contribuição do CAPS-ad.

Objetivando estabelecer uma estratégia baseada em evidências para contribuir com o direcionamento inteligente dos recursos, o Ministério da Saúde, por meio da sua Coordenação-Geral, em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNDOC), criou um projeto de ações preventivas e de promoção da saúde mental de crianças, adolescentes e suas famílias.

Contando com o auxílio de universidades federais brasileiras e levando em consideração estudos de relevância social, foram selecionados 3 (três) programas de prevenção ao uso e abuso de tabaco, crack e outras drogas, com êxito internacional comprovado, adaptados à cultura brasileira, dando origem às versões nacionais dos programas: #Tamojunto, Jogo Elos e Programa Fortalecendo a Família.

O programa “Jogo Elos” é um programa de prevenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas para crianças matriculadas entre a 1ª e a 5ª série do ensino fundamental, com idade entre 6 (seis) a 10 (dez) anos, caracterizando o caráter preventivo do serviço público.

Já o programa “#Tamojunto” é destinado a crianças e adolescentes das séries finais do ensino fundamental (11-14 anos), baseando-se nos eixos de desenvolvimento de habilidades de vida e pensamento crítico frente às crenças normativas e informações, desenvolvendo novas perspectivas da realidade.

O programa “Fortalecendo Famílias” é destinado às famílias com filhos entre 10 e 14 anos de idade, conduzido por profissionais da assistência social, com 7 (sete) encontros semanais de 2 (duas) horas cada, objetivando a promoção da reflexão sobre valores e rotinas familiares e projetos de vida. Trabalha com o fortalecimento de vínculos, habilidades de expressar sentimentos e estabelecer regras.

Juntos, estes 3 (três) programas atenderam no ano de 2014 mais de 15.593 (quinze mil quinhentos e noventa e três) pessoas, segundo a referida pesquisa “Saúde Mental em Dados” realizada pelo Ministério da Saúde em 2015.

Apesar do grande sucesso que vinha alcançando a RAPS e os programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, o ano de 2015 foi marcado por retrocessos

sociais e estagnação da política nacional de saúde pública, o que desaguou na promulgação da Lei nº 13.097 de 2015 que viabilizou a participação direta ou indireta de empresa ou capital estrangeiro na assistência à saúde.

Sobre o tema, citamos FILIPPON (2015):

Em poucas palavras, tal lei abre o mercado brasileiro à participação do capital estrangeiro sem restrições, chamando a atenção para o fato de uma decisão de tal magnitude ter sido tomada sem negociações nas instâncias de controle social, principalmente o Conselho Nacional de Saúde. De uma prateleira fechada da Banca Brasil a um tabuleiro posto no chão, ao alcance de todos os players do global market, o mercado brasileiro da saúde foi aberto e está, neste momento, oferecido de bandeja a quem puder pagar mais.

Ainda com o escopo de demonstrar o enfraquecimento do SUS e da RAPS, citamos trecho da dissertação de mestrado de CLAUDIA SILVA (2019):

A diretriz dessa nova política é de fato preocupante, porque o Relatório divulgado pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS aponta o aumento da carga de transtornos mentais nos países da região das Américas, aí se incluindo o Brasil, e que os investimentos atuais em saúde mental, em média 2% (dois por cento) do orçamento da saúde, estão muito abaixo do necessário para atender de forma satisfatória as necessidades das pessoas com sofrimento mental.

Assim, a política pública que vinha sendo desenvolvida em todo o território nacional em que o Estado era majoritariamente o prestador direto do serviço público de assistência a pacientes com transtornos mentais decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas foi modificada no ano de 2015, quando foi regulamentado o funcionamento das CTs e divulgado o Edital de Chamamento Público nº 01 de 29 de setembro para celebração de convênio com CTs para fins de prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Neste panorama, o combate às drogas, enquanto atividade exercida diretamente pelo Estado, por meio da RAPS e dos CAPS-ad, foi sendo rapidamente transferida para a iniciativa privada, iniciando-se com a regulamentação da atividade do setor privado, posteriormente com a viabilização da participação de capital estrangeiro no setor da saúde e mais tarde com a celebração de convênios com as

CTs para o desenvolvimento de uma atividade relacionada à política pública de combate às drogas.

Tem início, então, a prestação do serviço público de forma *indireta*, exercida pelo terceiro setor da economia, por meio de convênios administrativos, onde o Estado passa a remunerar as denominadas CTs para desenvolverem um serviço público que até então vinha sendo realizado diretamente pelos mecanismos do próprio Estado. Derivam daí diversos conflitos de interesses e o retrocesso no movimento antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica.

## **2.1. A terceirização de uma atividade estatal e os conflitos de interesse entre público e privado na promoção da saúde mental**

Com o avanço da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial o Brasil passou a aparelhar a própria administração pública com mecanismos de promoção da saúde mental como método de evitar a recorrência de precedentes históricos do que fora observado dentro das antigas instituições manicomiais.

Esse aparelhamento estatal foi construído para que fossem observados os direitos fundamentais do usuário do sistema de saúde e principalmente garantido o preceito constitucional da dignidade da pessoa humana.

Contudo, ao passo que a promoção da saúde mental passou a ganhar agenda política nos governos, as CTs começaram a ganhar destaque no tratamento de usuários e dependentes de álcool e outras drogas, sempre de forma complementar ao serviço prestado pelo Estado por meio de sua infraestrutura própria.

Sobre o tema do novo paradigma do modelo de tratamento dos pacientes com transtornos mentais, importante citar KURLANDER PERRONE (2013):

Juntamente com Jones, muito relevante foi a antipsiquiatria de Franco Basaglia, movimento que denunciava os valores tradicionais da psiquiatria, que tratava o louco como um ser alienado, à parte da sociedade, afirmando que “a psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença. Na década de '80 chegaria ao Brasil este movimento, como afirmam Tenório, Lückmann e Rodrigues e Pitta, sob a égide de “luta antimanicomial”, que teria como foco principal a retomada da

cidadania do doente mental, como forma de melhorar o seu grau de autonomia, e com este a sua qualidade de vida. Até o momento, a clínica era o principal dispositivo construído socialmente para se relacionar com a loucura, como afirmam Tenório, Mari e Costa et al., e a luta antimanicomial representaria justamente a superação deste paradigma. Por outro lado, existiam os antecedentes de Jones e Basaglia, acima descritos, com as propostas de Psiquiatria Comunitária e o movimento das CT Psiquiátricas, que visavam abordar o tema da doença mental desde uma perspectiva humanizada e, certamente, não predominantemente clínica. Este movimento das CT Psiquiátricas, original de Maxwell Jones, teria se desdobrado, a partir da década de 60, no trabalho de recuperação de dependentes do álcool e outras drogas, tendo se tornado atualmente uma das modalidades mais procuradas, tanto no Brasil como em muitas partes do mundo, em detrimento dos antes tradicionais tratamentos de base medicamentosa hospitalar, como afirmam De Leon e Fracasso.

Neste mesmo sentido, FRACASSO (2014):

As iniciativas que configuraram maior impacto e que continuam a influenciar a concepção de trabalho que é feita atualmente são as realizadas na Inglaterra por Maxwell Jones e nos Estados Unidos por diferentes grupos que serão abordados neste módulo. A experiência da Comunidade Terapêutico-democrática para distúrbios mentais empreendida na Inglaterra pode ser definida como uma verdadeira revolução no campo psiquiátrico. O modelo da Comunidade Terapêutica psiquiátrica foi primeiramente desenvolvido na unidade de reabilitação social do Hospital Belmont (mais tarde chamado de Henderson), na Inglaterra, na metade da década de 1940. Tratava-se de uma unidade de 100 leitos voltada para o tratamento de pacientes com problemas psiquiátricos que apresentassem distúrbios de personalidade duradouros. Maxwell Jones (1972) e seus colegas, Rapaport (1960), Salasnick e Amini (1971), estudaram em profundidade as várias características da CT psiquiátrica (...)

O surgimento e o avassalador crescimento das CTs, bem como o trabalho desenvolvido no âmbito privado dessa atividade de acolhimento e tratamento de dependentes químicos, demandaram a sua regulamentação pelo Estado.

Essa regulamentação revela-se necessária, tendo em vista que diversas instituições foram criadas denominando-se de “CTs”, sem, contudo, contemplar os requisitos mínimos necessários para o desenvolvimento dessa atividade, ainda que iniciativas pautadas pela lógica da racionalidade econômica com fins lucrativos.

A regulamentação do funcionamento das CTs foi marcada pela expansão dessa atividade econômica desenvolvida pela iniciativa privada e o espaço concedido para o crescimento do terceiro setor, além da necessidade de garantir direitos e garantias do usuário desse sistema, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial.

A primeira regulamentação das CT's foi feita pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no ano de 2001, por ocasião da adoção da Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 101/2001.

Naquele documento, a conceituação das CTs foi a seguinte:

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.

Somente 10 (dez) anos mais tarde, precisamente em 30 de junho de 2011, a mesma ANVISA vinculada ao Ministério da Saúde editou a Resolução RDC nº 29/2011, dispondo sobre requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoa com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Tendo em vista que a ANVISA regulamentava as CT apenas e tão somente no âmbito de segurança sanitária, iniciou-se um movimento político por dentro do governo para a criação de uma Resolução pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) objetivando regulamentar o funcionamento dessas instituições.

É importante destacar que nesse momento o CONAD contava com a participação de um jurista indicado pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), um médico indicado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), um psicólogo indicado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), um assistente social indicado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), um enfermeiro indicado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), um cientista indicado pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e um educador indicado pela União Nacional dos Estudantes (UNE), nos termos do Decreto nº 5.912 promulgado em 27 de setembro de 2006 que regulamentou a Lei nº 11.343 de 2006 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)

A proposta de regulamentação do CONAD foi precedida pela instituição, por parte do então Ministro de Estado da Justiça, na qualidade de Presidente do CONAD, de um Grupo de Trabalho (GT) no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), por meio da Portaria nº 14 de 25 de abril de 2014.

Esse Grupo de Trabalho foi composto por representantes da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), vinculada ao próprio Ministério da Justiça, da ANVISA, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, dos Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas, do Conselho Federal da OAB, e do CFP, entre outros órgãos.

A discussão e os estudos foram travados por mais de 1 (um) ano, até que fosse alcançado o consenso pela intersetorialidade, interdisciplinaridade e transversalidade do serviço de acolhimento de usuários e dependentes de drogas em CTs, o que significa dizer que esse serviço envolve a garantia de direitos do usuário, a observância de normas sanitárias, o cuidado médico necessário exercido por profissional da área da saúde, a contratação de profissionais aptos ao serviço, além da fiscalização estatal.

Foi então editada a Resolução nº 01 de 2015 do CONAD que regulamenta, no âmbito do SISNAD, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como CTs.

Essa Resolução e a regulamentação propriamente dita serão abordadas no tópico seguinte deste estudo. Contudo, importante destacar que foi a partir deste momento, com definições bem delimitadas sobre a forma de funcionamento dessas instituições que teve início o movimento de terceirização dessa atividade até então essencialmente própria do Estado.

Como já elucidado no tópico anterior deste trabalho, com a Portaria nº 336 de 2002 o Ministério da Saúde regulamentou as diretrizes e o funcionamento do CAPS-ad, destinado à promoção da saúde mental de pessoas com transtornos causados pelo uso, abuso ou dependência química, como mecanismo estatal.

É importante destacar que o CONAD, órgão responsável em acompanhar e atualizar a política nacional sobre drogas, criado pelo Decreto nº 5.912 de 2006, era de competência do Ministério do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República até meados de 2019, ocasião em que foi transferido para o Ministério da Justiça por meio do Decreto nº 9.926 assinado pelo então Presidente da República, Jair Messias Bolsonaro.

Essa mudança de competência, agravada com a supressão da participação popular na formação do CONAD, apresentou reflexos diretos na política nacional sobre drogas, tendo em vista que alterou a liderança do órgão e extinguiu a participação do quadro técnico de promoção de saúde mental para pessoas com transtornos causados pelo uso, abuso ou dependência química.

O Decreto extinguiu a participação da OAB, do CFM, do CFP, do CFESS, do COFEN, do CFE, da UNE e da SBPC da formação do CONAD e diminuiu a sua composição de 31 (trinta e um) membros para 14 (quatorze), demonstrando o desinteresse do governo pela participação popular na elaboração de políticas públicas sobre drogas.

Contudo, a política pública sobre drogas já vinha sendo alterada drasticamente desde meados de 2018. Apesar da existência do CAPS-ad, órgão da administração direta, como estratégia estatal basilar para a promoção da saúde mental de usuários e dependentes de álcool e outras drogas, no ano de 2018, por meio do Edital de Credenciamento nº 01/2018, o Governo Federal passou a credenciar as entidades denominadas de CTs para o desenvolvimento dessa atividade em nome do Estado, terceirizando a execução da tarefa de acolhimento de indivíduos com transtornos mentais decorrentes do uso ou dependência de substância entorpecente, por meio de convênio administrativo, para o terceiro setor da economia.

O Edital de Credenciamento nº 01/2018 objetivava credenciar entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizassem o acolhimento voluntário em regime residencial transitório de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Para tanto, o Estado passou a remunerar entidades privadas para desenvolver essa atividade de acolhimento na seguinte

fração para o ano de 2018: a) R\$ 1.172,88 (um mil cento e setenta e dois reais e oitenta e oito centavos), por mês, para cada adulto acolhido; b) R\$ 1.596,44 (um mil quinhentos e noventa e seis reais e quarenta e quatro centavos) por mês, por adolescente acolhido e c) R\$ 1.528,02 (um mil quinhentos e vinte e oito reais e dois centavos) por mês, por cada mulher acompanhada do lactante acolhida<sup>3</sup>.

Essa transferência de atribuições do Estado para o terceiro setor denota a incompatibilidade entre a política pública desenvolvida pelo CAPS-ad e a política pública desenvolvida por CTs subsidiadas com recursos públicos, posto que enquanto o acolhimento do usuário dentro do CAPS-ad gera um custo de recursos próprios, o pagamento pelo Estado do acolhimento do usuário pelas CTs gera um custo acrescido da margem de excedente econômico (o lucro), pois configura-se como o desenvolvimento de uma atividade econômica, ainda que não seja esse o objetivo idealizado para o terceiro setor.

Apesar da Resolução nº 01/2015 do CONAD, que regulamenta as CT's definir que o acolhimento não poderá ser superior a 12 (doze) meses dentro de um período de 2 (dois) anos, essas entidades desenvolvem a política de abstinência e isolamento total do paciente como método terapêutico, ampliando ao máximo a duração da permanência do indivíduo dentro de suas acomodações, posto que almejam o lucro obtido com a internação do acolhido, contrariando os propósitos da Reforma Psiquiátrica e do movimento antimanicomial.

O desenvolvimento de qualquer atividade econômica pela iniciativa privada objetiva – primordialmente - o lucro, que consiste no acúmulo de riquezas como consequência de determinada atividade, tendo em vista a lógica do próprio sistema econômico.

Neste sentido, destaca-se a existência de determinadas CTs que não auferem subsídios públicos e desenvolvem suas atividades de maneira estritamente econômica, ao passo que outras são subsidiadas por verbas públicas e atuam em nome do próprio Estado.

---

<sup>3</sup> Para fins de cálculo deflacionado desse valor, o dólar à época equivalia a US\$ = R\$ 3,48

Neste sentido, o acolhimento de pessoas com transtornos derivados do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas pelas CTs gera o acúmulo de riquezas do empresariado da área, o que caracteriza o interesse em manter o indivíduo internado dentro das dependências da própria instituição mediante remuneração direta do Estado.

Portanto, enquanto a atividade desenvolvida pelos mecanismos estatais objetiva o tratamento do indivíduo independentemente de seu acolhimento, adotando a política de redução de danos, a iniciativa privada desenvolve a mesma atividade com o interesse de manter o acolhimento do indivíduo, gerando o lucro e desempenhando a política de abstinência.

Já em meados da década de 80, SERRANO (1985) apontava que:

Outros dois obstáculos ao bom funcionamento das CT, também devem ser observados. O primeiro diz respeito aos interesses financeiros e a busca de lucro, quando estes se mostram acima da motivação e do comprometimento de fazer um bom trabalho. Do lado oposto, outro obstáculo ocorre quando o desinteresse dos poderes públicos boicota o surgimento e desenvolvimento de um trabalho inovador [...].

Outro ponto que destaca cabalmente o conflito de interesses entre público e privado na política de adoção de CTs, no caso de indivíduos com transtornos mentais decorrentes do uso ou dependência de substância entorpecente, é o modelo asilar, de isolamento social adotado por essas instituições que baseiam o tratamento do acolhido com a sua exclusão social e seu distanciamento do convívio comum.

Sobre esse tema, citamos DAMAS (2013)

As CT foram ganhando notoriedade a partir dos anos 1950, como alternativa para o tratamento psiquiátrico manicomial. Porém, apesar da proposta alternativa ao modelo manicomial, desde o surgimento da CT já se criticava o fato de que algumas facilmente voltavam ao velho esquema dos antigos hospícios. As CT voltadas exclusivamente para o tratamento das toxicomanias começaram a surgir a partir de 1960, sendo possível distinguir basicamente dois modelos:

**a) Modelo de Minnesota:** trata-se da “versão institucional” dos Alcoólicos Anônimos (AA), com essência predominantemente espiritual, e baseada na ajuda mútua e nos doze passos. O tratamento em regime fechado poderia variar de 28 dias a vários meses, e buscava a instilação de esperança através da confiança em um poder divino superior;

**b) Modelo Synanon:** proposta por Charles Dederich, um ex-alcoólatra, tem essência predominantemente analítica. Prescrevia que o comportamento desviado do dependente químico só poderia ser corrigido por novas formas de convívio e métodos terapêuticos. Propunha, além de um modelo comunitário, um novo lar, uma nova sociedade para os dependentes químicos e seus familiares que quisessem acompanhá-los. Apesar de basear-se em parte dos preceitos do AA, não estimulava a entrega da confiança a um ser superior, mas sim na autoconfiança do indivíduo.

No Brasil, as CTs são marcadas por suas instalações em locais de difícil acesso com a presença de grades, muros e portões que impossibilitam a saída dos usuários<sup>4</sup>, e pelo desenvolvimento da metodologia baseada no modelo religioso-espiritual, o que condiz com o Modelo de Minnesota citado por DAMAS.

Todas essas metodologias empregadas pelas CTs remetem o acolhido a permanecer em isolamento social completo, o que possibilita que a instituição mantenha o seu acolhimento por longos períodos de tempo, desenvolvendo o lucro garantido pelo próprio Estado.

Sobre o tema, importante citar novamente DAMAS (2013)

As CT mostram características de instituições fechadas, a partir do momento que segregam um grande número de indivíduos, todos com situação semelhante, por um período considerável de tempo. Mesmo que seja virtual, existe uma “barreira” entre o mundo interno das CT e o mundo externo. Assim como nas demais instituições totais, nas CT, os principais aspectos da vida dos indivíduos - trabalhar, dormir, brincar e fazer suas refeições – ocorrem no interior da instituição, não havendo separações destas esferas da vida, e sob uma única autoridade.

Neste sentido, citamos novamente a similaridade das CTs com a definição dada por GOFFMAN (1974, p. 11) para instituições totais:

[...] um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos em situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada [...]

Neste cenário, o processo de institucionalização desenvolvido pelas CTs mostra-se demasiadamente intenso e radical, o que acaba impedindo o indivíduo de retornar à sociedade, tendo em vista que passa a se identificar com a cultura da própria CT e não mais com a cultura de fora. Isso faz com que aumentem os fracassos de tentativas de retorno desses indivíduos ao convívio social, ocasionando

---

4 Conforme dados extraídos do sítio: <[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas\\_web.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf)>

o que se entende por “recaídas”, e que acabam por impulsionar cada vez mais a própria institucionalização do acolhido.

Contudo, a dicotomia entre as políticas de abstinência total com o consequente isolamento social do acolhido e aquela de redução de danos, calcada na manutenção do indivíduo no seio social de origem será abordada em tópico futuro, sendo certo que tais ponderações são necessárias no momento tão somente para explicitar os conflitos de interesses existentes entre a política pública desenvolvida pelos mecanismos estatais a partir da criação do CAPS-ad e aquela desenvolvida quando a política é terceirizada para a setor privado, como acontece com o subsídio público em CTs.

Diante de todos os conflitos já suscitados, a transferência desse serviço público, que anteriormente era prestado pelo próprio Estado, para o terceiro setor foi precedido do enfraquecimento da RAPS, destacadamente no que tange ao CAPS-ad, que notadamente perdeu recursos e espaço de atuação com a nova política de combate às drogas, desenvolvida pelo Governo Federal, o que demanda uma análise separada do tema.

## **2.2. O enfraquecimento do CAPS-ad como estratégia de política pública**

O fortalecimento ou o enfraquecimento dos mecanismos estatais recrutados pelo poder instituído denota diretamente a política desenvolvida por cada gestão de governo, apresentando as escolhas para o atendimento do interesse público nos distintos setores específicos.

A diminuição de recursos da RAPS não foi apenas uma necessidade orçamentária, mas sim uma opção de política pública que viabilizou o enfraquecimento do mecanismo estatal para viabilizar o fomento da atividade econômica desenvolvida pelas CTs.

Neste sentido, faz-se necessário analisar a queda proposital de investimentos na RAPS e notadamente nos CAPS-ad, como estratégia de uma política pública proibicionista, que almeja viabilizar o crescimento e o subsídio da iniciativa privada no mesmo setor.

Muito se discute acerca dos baixos subsídios que são destinados pelo Governo Federal no Brasil para a atenção à saúde mental e o financiamento da Rede de Assistência Psicossocial (RAPS) que integra o Sistema Único de Saúde (SUS), e que tem por composição os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (em hospitais gerais, no CAPS III).

Além de todas as instituições supracitadas, faz parte da RAPS o programa “De Volta Para Casa”, criado pela Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial destinado a pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações de longa duração.

Contudo, o desdobramento deste estudo se dá no que tange ao financiamento público na reabilitação de indivíduos com problemas causados pelo uso, abuso ou dependência de substâncias entorpecentes, razão pela qual limitaremos a análise sobre os investimentos destinados ao CAPS-ad ao longo dos anos que tem por objetivo primordial tutelar essa parcela da sociedade.

Sobre o tema, cumpre asseverar que o EBES almeja a garantia da dignidade da pessoa humana, nos termos da Carta Constitucional vigente, impulsionada pela promoção de políticas públicas que garantam a diminuição de desigualdades e a proteção dos mais vulneráveis, o que torna o Estado obrigado a tutelar essa parcela da sociedade.

É importante frisar que, diferentemente do CONAD, que regula as CTs e está vinculado ao Ministério da Justiça, o CAPS sempre esteve vinculado ao Ministério da Saúde, nos termos da Portaria nº 336 de 2012 que regulamentou a Lei nº 10.216 de 2001 e que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

A Portaria nº 3.098 de 23 de dezembro de 2011 do Governo Federal, que estabelece o tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), instituiu o repasse fixo para as unidades credenciadas pelo Ministério da Saúde para o custeio das ações de atenção psicossocial no importe de R\$ 39.780,00 (trinta e nove mil setecentos e oitenta reais) mensais ao CAPS-ad que funcionar em horário

comum e o valor de R\$ 67.511,25 (sessenta e sete mil quinhentos e onze reais e vinte e cinco centavos) às unidades que funcionarem 24 (vinte e quatro) horas por dia de maneira ininterrupta<sup>5</sup>.

A lei estabelece ainda que as unidades que receberem repasses maiores do que os valores estabelecidos serão alvo de avaliação *in loco* pelas autoridades competentes com o objetivo de avaliar as condições de estrutura, equipe, produção e repactuação para adequação dos valores repassados.

Essa avaliação definida em lei estabelece mecanismos de controle e análise pelo próprio Estado acerca do serviço público prestado, a fim de garantir a efetividade dos recursos destinados às maiores unidades de atendimento.

No ano de 2013, por meio da Portaria nº 615 de 15 de abril de 2013, o Ministério da Saúde dispôs sobre o incentivo financeiro de investimento para a construção de CAPS e Unidades de Acolhimento no âmbito do SUS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

O incentivo financeiro disposto nessa Portaria foi destinado à construção de unidades do CAPS e Unidades de Acolhimento como pontos de atenção à Rede de Atenção Psicossocial.

Neste ano de 2013, foi destinado pelo Governo Federal o valor de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) para cada unidade de CAPS-ad por Município disposto a implantá-lo em seu território local, desde que observadas as regras e prazos de construção e início de funcionamento com incentivo ao RAPS<sup>6</sup>.

Analisando o investimento realizado em benefício deste serviço de saúde com a expansão dessa atividade e o crescimento das próprias unidades do CAPS, segundo dados o Ministério da Saúde<sup>7</sup>, no ano de 2002 o Brasil contava com menos

---

<sup>5</sup> Para fins de cálculo deflacionado desse valor, o dólar à época equivalia a US\$ = R\$ 1,837

<sup>6</sup> Para fins de cálculo deflacionado desse valor, o dólar à época equivalia a US\$ = R\$ 1,837

<sup>7</sup> Conforme dados extraídos do sítio:

<[https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf) >

de 300 (trezentas) unidades em todo o seu território e o investimento alcançava valor inferior a R\$ 100.000.000,00 (cem milhões de reais).

No ano de 2014 o panorama foi notoriamente alterado visto que o território nacional contava com mais de 2.100 (duas mil e cem) unidades do CAPS, incluindo suas diversas especificidades e o investimento anual alcançava o importe de R\$ 1.000.000.000,00 (um bilhão de reais)<sup>8</sup>.

Os dados apontam que o interregno entre os anos de 2002 e 2014 foi o período de investimentos mais expressivos em saúde mental e reabilitação e tratamento de indivíduos com transtornos derivados do uso, abuso e dependência de substâncias entorpecentes de toda a história do país.

Segundo a mesma fonte, analisando os dados de investimentos destinados à saúde mental depreende-se que no ano de 2002, dentre a totalidade dos recursos federais direcionados nesta área, 75,24% foram direcionados a serviços hospitalares enquanto 24,76% foram direcionados para serviços de atenção comunitária.

Passados 12 (doze) anos, já em 2014, aquela composição percentual foi invertida: da totalidade do repasse de recursos do Governo Federal destinados à saúde mental, 79,39% foram direcionados a serviços de atenção comunitária enquanto 20,61% foram direcionadas a serviços hospitalares.

Assim, esses dados demonstram que a gestão de projetos e serviços em saúde mental e o tratamento de dependentes de substâncias entorpecentes realizados pelo próprio Estado caminhavam para a desinstitucionalização do indivíduo; o aumento significativo de investimentos em atenção comunitária denota a escolha política seguindo os preceitos do movimento antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica.

Ainda no ano de 2014, aproximadamente R\$ 320.000.000,00 (trezentos e vinte milhões de reais) foram destinados pelo Ministério da Saúde à Rede de Atenção Psicossocial, o que gerou a criação de um novo modelo de atendimento dentro do CAPS-ad, funcionando 24 (vinte e quatro) horas por dia, com equipes multiprofissionais e instalação em regiões metropolitanas com mais de 500

---

<sup>8</sup> Para fins de cálculo deflacionado desse valor, o dólar à época equivalia a US\$ = R\$ 2,397

(quinhentos) mil habitantes, atendendo principalmente as regiões conhecidas como “cracolândias” e atuando em conjunto com os consultórios de rua.

A proposta da remodelação da atenção à saúde mental defendida e praticada pelo movimento da Reforma Psiquiátrica acompanha a trajetória de reformulação do modelo de atenção à saúde instituída no processo de fortalecimento e consolidação do SUS, e que tem na Atenção Básica de Saúde (ABS) enquanto porta de entrada no sistema seu principal alicerce. A ABS pode ser definida como um nível de atenção à saúde que compreende um conjunto de ações de baixa complexidade tecnológica e alta densidade de relação com a sociedade que almeja promover e proteger a saúde, prevenir, diagnosticar, tratar e reabilitar as pessoas enfermas e objetiva a promoção e manutenção da saúde.

O dever de subsidiar financeiramente a expansão da ABS é compartilhado entre União, Estados, Municípios e Distrito Federal, diante da notória distinção da capacidade financeira entre os entes da Administração Pública.

Os dados disponibilizados pelo Governo Federal, por meio do Fundo Nacional de Saúde<sup>9</sup>, apontam que no período entre 2010 e 2013 os investimentos destinados pelo Ministério da Saúde em ABS aos Municípios foram especificamente no importe de R\$ 9.569.634.022,98 (nove bilhões quinhentos e sessenta e nove milhões seiscentos e trinta e quatro mil e vinte e dois reais e noventa e oito centavos) no ano de 2010<sup>10</sup>; de R\$ 10.842.656.892,26 (dez bilhões, oitocentos e quarenta e dois milhões seiscentos e cinquenta e seis mil oitocentos e noventa e dois reais e vinte e seis reais) o ano de 2011<sup>11</sup>, o que representa um acréscimo de mais de 13% (treze por cento) em relação ao ano anterior; de R\$ 13.241.022.842,55 (treze bilhões duzentos e quarenta e um milhões vinte e dois mil oitocentos e quarenta e dois reais e cinquenta e cinco centavos) no ano de 2012<sup>12</sup>, o que representa um acréscimo de mais de 22% (vinte e dois por cento) em relação ao ano anterior; e de R\$ 12.736.008.991,34 (doze bilhões setecentos e trinta e seis milhões oito mil novecentos e noventa e um reais e trinta e quatro centavos) no ano de 2013<sup>13</sup>, o que

---

<sup>9</sup> Conforme dados extraídos do sítio: <<https://consultafns.saude.gov.br/#/comparativo>>

<sup>10</sup> Para fins de cálculo deflacionado desse valor, o dólar à época equivalia a US\$ = R\$ 1,779

<sup>11</sup> Para fins de cálculo deflacionado desse valor, o dólar à época equivalia a US\$ = R\$ 1,650

<sup>12</sup> Para fins de cálculo deflacionado desse valor, o dólar à época equivalia a US\$ = R\$ 1,868

<sup>13</sup> Para fins de cálculo deflacionado desse valor, o dólar à época equivalia a US\$ = R\$ 2,041

representa um déficit de mais de 3% (três por cento) em relação ao ano anterior. Portanto, no período entre 2010 e 2013 verifica-se um aumento nominal dos valores de R\$ 3.166.374.968,36 (três bilhões cento e sessenta e seis milhões trezentos e setenta e quatro mil novecentos e sessenta e oito reais e trinta e seis centavos), o que representa um acréscimo de mais de 32% (trinta e dois por cento) com referência ao ano de 2010.

Já no interregno entre os anos de 2014 e 2017 os investimentos foram significativamente majorados na mesma área de ABS direcionados aos Municípios, no importe de R\$ 14.072.677.150,37 (quatorze bilhões setenta e dois milhões seiscentos e setenta e sete mil cento e cinquenta reais e trinta e sete centavos) no ano de 2014<sup>14</sup>, o que representa um acréscimo de mais de 10% (dez por cento) em relação ao ano anterior; de R\$ 15.124.236.383,24 (quinze bilhões cento e vinte e quatro milhões duzentos e trinta e seis mil trezentos e oitenta e três reais e vinte e quatro centavos) no ano de 2015<sup>15</sup>, o que representa um acréscimo de quase 8% (oito por cento) em relação ao ano anterior; de R\$ 16.559.553.306,63 (dezesseis bilhões quinhentos e cinquenta e nove milhões quinhentos e cinquenta e três mil trezentos e seis reais e sessenta e três centavos) no ano de 2016<sup>16</sup>, o que representa um acréscimo de mais de 9% (nove por cento) em relação ao ano anterior; e por fim R\$ 17.098.259.963,67 (dezessete bilhões noventa e oito milhões duzentos e cinquenta e nove mil novecentos e sessenta e três reais e sessenta e sete centavos) no ano de 2017<sup>17</sup>, o que representa um acréscimo de mais de 3% (três por cento) em relação ao ano anterior. Nesse período entre 2014 e 2017, observa-se um aumento nominal dos valores de R\$ 3.025.582.813,03 (três bilhões vinte e cinco milhões quinhentos e oitenta e dois mil oitocentos e treze reais e três centavos), o que representa um acréscimo de mais de 21% (vinte e um por cento) com referência ao ano de 2014

Contudo, os dados demonstram uma trágica queda nos investimentos em ABS direcionados aos Municípios a partir de 2018, demonstrando uma tendência de reversão do modelo que vinha consolidado. Quando analisados separadamente os

---

<sup>14</sup> Para fins de cálculo deflacionado desse valor, o dólar à época equivalia a US\$ = R\$ 2,397

<sup>15</sup> Para fins de cálculo deflacionado desse valor, o dólar à época equivalia a US\$ = R\$ 2,682

<sup>16</sup> Para fins de cálculo deflacionado desse valor, o dólar à época equivalia a US\$ = R\$ 4,038

<sup>17</sup> Para fins de cálculo deflacionado desse valor, o dólar à época equivalia a US\$ = R\$ 3,272

dados sobre custeio evidencia-se uma redução desse investimento: no ano de 2018<sup>18</sup> foram investidos apenas R\$ 2.177.074.754,05 (dois bilhões cento e setenta e sete milhões setenta e quatro mil setecentos e cinquenta e quatro reais e cinco centavos) no setor, enquanto no ano de 2019<sup>19</sup> o investimento alcançou o baixíssimo valor de R\$ 1.134.318.210,25 (um bilhão cento e trinta e quatro milhões trezentos e dezoito mil duzentos e dez reais e vinte e cinco centavos), ou seja, aproximadamente 50% (cinquenta por cento) a menos do que no ano anterior.

E para o ano de 2020<sup>20</sup>, o Governo Federal disponibilizou a informação na plataforma de consulta sobre o Fundo Nacional de Saúde, de que o investimento em ABS direcionado aos Municípios é do montante de R\$ 138.613.643,42 (cento e trinta e oito milhões seiscentos e treze mil seiscentos e quarenta e três reais e quarenta e dois centavos), ou seja, pouco mais de 10% (dez por cento) do valor investido no ano anterior, o que representa uma queda de mais de 90% (noventa por cento) da verba destinada ao setor em todo o ano.

Da mesma forma, a ênfase na política de saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial foi bloqueada após o início da gestão do Presidente Michel Temer (agosto de 2016 a janeiro de 2019).

E já no ano de 2016, por meio da Portaria nº 1.482 de 25 de outubro de 2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (MS) incluiu na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES o tipo 83 – Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Saúde, conhecida como CT.

Neste momento, nota-se o interesse dos líderes do governo nacional em retrair os investimentos nos mecanismos de promoção de saúde mental, notadamente a RAPS e o interesse em fomentar o setor privado da economia para o desenvolvimento da mesma atividade, notadamente as CTs.

No dia 23 de abril de 2018 a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, registre-se que nesse momento já vinculada ao Ministério da Justiça, publicou o

---

<sup>18</sup> Para fins de cálculo deflacionado desse valor, o dólar à época equivalia a US\$ = R\$ 3,268

<sup>19</sup> Para fins de cálculo deflacionado desse valor, o dólar à época equivalia a US\$ = R\$ 3,859

<sup>20</sup> Para fins de cálculo deflacionado desse valor, o dólar à época equivalia a US\$ = R\$ 4,021

edital de credenciamento nº 01/18, objetivando a abertura de processo de credenciamento para a contratação de serviços especializados de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário.

Essa Portaria foi caracterizada como um grande marco negativo na história da luta antimanicomial porque configura o rompimento da política de saúde mental que vinha até então sendo aplicada, de fortalecimento da RAPS que por meio do CAPS-ad vinha atuando através de sua rede de equipamentos próprios desinstitucionalização dos usuários de drogas em observância à política de redução de danos, e que consiste no modelo adotado pela maioria dos países desenvolvidos por todo o mundo, inclusive o italiano, fonte originária de inspiração da reforma brasileira nesse campo.

A partir de então, em agosto de 2016 o Governo Federal opta progressivamente pelo enfraquecimento do mecanismo próprio do Estado de tratamento de indivíduos com transtornos mentais decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas, em constante construção há anos, o CAPS-ad, por meio do corte de verbas destinadas à RAPS, e opta pela abertura de janelas de oportunidades para a entrada da iniciativa privada no setor público para desenvolver o mesmo serviço e ser remunerada pelo próprio governo, tornando viável e segura a atividade econômica, garantida pela remuneração direta (pagamento por serviços prestados) e indireta (subsídios) com recursos públicos.

No edital de credenciamento das CTs o objetivo da prestação de serviços era o acolhimento de pessoas com transtornos causados por substâncias psicoativas com o afastamento do ambiente no qual se iniciou, desenvolveu ou estabeleceu o uso ou a dependência de substâncias como o álcool, o crack, a maconha e a cocaína, dentre outras. Tomando-se todo o território nacional, as vagas subsidiadas com recursos públicos foram divididas em 45,56% na Região Sudeste, 33,83% na Região Nordeste, 9,39% na Região Sul, 5,73% na Região Centro-Oeste e 5,49% na Região Norte.

Objetivando economizar gastos o edital de credenciamento definiu que cada CT deveria acolher, no mínimo, 10 (dez) indivíduos na mesma localidade.

E como já suscitado no tópico, o Estado passou a remunerar as entidades privadas que desempenhassem o serviço de acolhimento de indivíduos com transtornos causados por substâncias entorpecentes e essa remuneração foi estabelecida por cada paciente acolhido, o que acaba por estimular a cronicidade desses pacientes e a prática do modelo de acolhimento desses indivíduos pautada na política de abstinência e isolamento, retomando assim os antigos estabelecimentos de caráter asilar.

Não por mera coincidência, assim tem-se que após 7 (sete) meses da abertura do processo de credenciamento de CTs, por meio da Portaria nº 3.659 de 14 de novembro de 2018, o Ministério da Saúde suspendeu o repasse de aproximadamente R\$ 77.000.000,00 (setenta e sete milhões de reais) destinados aos CAPS, aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), às Unidades de Acolhimento (UA) e aos Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, todos integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Esta decisão estritamente política foi tomada sob a justificativa de que as 319 (trezentas e dezenove) unidades que receberiam a verba estavam com irregularidades de registro de procedimentos nos sistemas de informações do SUS, o que supostamente impossibilitaria o repasse dos recursos.

Ao invés de regularizar os procedimentos burocráticos do sistema de informações das entidades vinculadas à RAPS, no dia 10 de outubro de 2018 o então Presidente da República, Michel Temer, anunciou a ampliação de mais de 50% (cinquenta por cento) das vagas em CTs custeadas pelo Governo Federal, ampliando também os recursos destinados às instituições privadas no importe de R\$ 90.000.000,00 (noventa milhões de reais)<sup>21</sup>.

E significa que aqueles recursos foram oriundos dos orçamentos do Ministério da Justiça, Ministério da Saúde e do Ministério do Desenvolvimento Social que cortaram os subsídios da Rede de Atenção Psicossocial, tendo em vista a suspensão do repasse destinado à RAPS pelo Ministério da Saúde com a Portaria nº 3.569 de 2018; cortaram recursos da RAPS e injetaram verba pública no terceiro setor, que desenvolve a política de abstinência total e completa com o acolhimento

---

<sup>21</sup> Para fins de cálculo deflacionado desse valor, o dólar à época equivalia a US\$ = R\$ 3,7504

do indivíduo com transtornos decorrentes do uso, consumo ou dependência de substâncias psicoativas.

Ressalta-se aqui, como já suscitado anteriormente, que no início da gestão do Presidente Jair Messias Bolsonaro, por meio da Lei nº 13.844 de 2019 a política sobre drogas relativa a ações do governo e do SISNAD foram transferidas para a competência do Ministério da Cidadania, o que já sinalizava o intuito do governo de enfraquecer os mecanismos de promoção de saúde mental vinculados ao MS.

Objetivando fomentar ainda mais o subsídio público de instituições privadas do terceiro setor, no ano de 2019 foi publicada a Portaria nº 562 de 19 de março de 2019 pelo Ministério da Cidadania que criou o Plano de Fiscalização e Monitoramento de CTs.

A Portaria estabelece critérios e regulamentos quanto aos procedimentos para a fiscalização *in loco* das CTs contratadas por meio do credenciamento com a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED, vinculado ao Ministério da Cidadania.

No seu parágrafo segundo do artigo terceiro a Portaria possibilita a contratação de empresa privada especializada para a realização de serviços técnicos voltados à auditoria independente. Esse é um passo decisivo na política de atenção psicossocial desse segmento, pois a partir de então o Estado deve custear uma empresa privada para auditar outra empresa privada também custeada pelo Estado que agora presta um serviço público anteriormente desempenhado pelo próprio Estado.

Ainda no ano de 2019, por meio do Edital de credenciamento público nº 17 de 10 de dezembro de 2019, o Ministério da Cidadania definiu o investimento de cerca de R\$ 154.000.000,00 (cento e cinquenta e quatro milhões de reais) por ano para a ampliação em aproximadamente 4 (quatro) vezes das vagas custeadas com subsídios públicos dentro de CTs.

Analisando governos mais recentes, verifica-se portanto que o enfraquecimento da RAPS não se tratou de uma questão orçamentária e nem tampouco de irregularidades em sistema de informações, como defendido por eles,

mas sim de uma política deliberada. Em verdade, trata-se de uma estratégia de política pública de enfraquecimento de mecanismos estatais em prol da terceirização da atividade de acolhimento de indivíduos com transtornos mentais derivados do uso ou abuso de substâncias entorpecentes, no caso, as comunidades terapêuticas.

Assim, uma atividade que anteriormente era desenvolvida pelo próprio Estado, respeitando os princípios da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, foi cedida para o setor privado, com o objetivo de gerar lucro e para fomentar a atividade econômica com a reprodução da exclusão social do dependente químico, caminhando na contramão da política de redução de danos, e com o consequente enfraquecimento de mecanismos próprios estatais como o CAPS-ad.

### **3. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

#### **3.1. Conceito e contexto histórico**

A atividade de acolhimento e tratamento de indivíduos com transtornos mentais derivados do uso ou abuso de substâncias entorpecentes é imperativa enquanto responsabilidade da rede de proteção social brasileira e por conta disso deve ser desenvolvida pelo próprio Estado.

Contudo, essa política pública adotada nos anos recentes no Brasil vem sendo direcionada no sentido de incorporar a tendência de substituir a rede de assistência pública estatal pelo subsídio de entidades privadas que desenvolvam esse serviço, notadamente as CTs.

Neste cenário, para concluir sobre a efetividade do serviço público quando desenvolvido pela iniciativa privada em substituição ao Estado, é necessário entender o surgimento dessas instituições asilares e o seu conceito jurídico, para verificar sobre sua capacidade de atender ou não as diretrizes de promoção da saúde mental daqueles indivíduos.

Já no século passado, em paralelo e de forma articulada com o desenrolar do movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu a proposta das CTs como modelo alternativo às internações psiquiátricas e ao modelo manicomial existente na época.

Significa dizer que as CTs surgem como a possibilidade de um modelo de substituição dos antigos manicômios para tratamento de indivíduos com transtornos mentais e ganharam assim destaque como alternativa de política pública após o enfraquecimento dos mecanismos estatais próprios.

Juridicamente, é importante destacar que as CTs são entidades privadas sem fins lucrativos que desempenham atividades para a consecução de finalidades de interesse público, mediante a execução de atividades ou projetos previamente estabelecidos em termos de colaboração com a Administração Pública, sendo assim consideradas como o terceiro setor da economia.

Contudo, apenas as instituições que desenvolvem suas atividades enquanto prestadoras de serviço público de forma a serem remuneradas pela Administração Pública podem ser consideradas como entidades sem fins lucrativos, sendo possibilitada a exploração dessa mesma atividade pelo setor privado, com a finalidade de obtenção de lucro.

Essas instituições ganharam força com a expansão do tratamento de indivíduos com transtornos mentais derivados do uso, abuso ou dependência de substâncias entorpecentes e passam assim a integrar a agenda política do governo federal.

Contudo, não são poucos os relatos de instituições privadas que se intitulam de CTs, mas em nada se assemelham ao modelo proposto inicialmente.

Posto isto, é extremamente necessário que seja estudado o contexto histórico de nascimento e expansão das CTs e sua conceituação técnica para que seja analisada a política pública de recuperação de indivíduos dependentes de substâncias entorpecentes segundo os princípios e diretrizes das Reformas Sanitária, Psiquiátrica e pela luta antimanicomial.

Os estudos mais recentes apontam que as CTs ganharam destaque após o término da 2ª Guerra Mundial na Inglaterra, quando a situação degradante vivenciada dentro dos hospitais psiquiátricos comparada com lembranças dos campos de concentração não era mais admitida pela sociedade.

Sobre o tema, citamos AMARANTE (2018)

Ante os danos psicológicos, físicos e sociais causados pela guerra em um enorme contingente de homens jovens, tornava-se urgente reparar tais absurdos. Ao mesmo tempo, frente ao projeto de reconstrução nacional, fatores de ordem econômico-social tornavam imprescindível a recuperação da mão de obra invalidada pela guerra. A reforma dos espaços asilares atualizava-se, então, enquanto imperativo social e econômico, perante o enorme desperdício da força de trabalho. O asilo psiquiátrico situava-se em um quadro de extrema precariedade, não cumprindo a função de recuperação dos doentes mentais. Paradoxalmente, passava a ser considerado o responsável pelo agravamento das doenças, de forma a ultrapassar a parcela esperada da evolução patológica da própria enfermidade.

A necessidade de reabilitar a mão de obra perdida pela guerra e o clamor público pelo término das violações de direitos ocorridas dentro dos hospitais

psiquiátricos ensejaram, então, um movimento buscando alternativas ao tratamento de indivíduos acometidos de transtornos mentais.

Nasceu assim o conceito das CTs, inicialmente operadas por Maxwell Jones, objetivando organizar os acolhidos em grupos para discutir, operar e desenvolver atividades, a fim de envolver o indivíduo com sua própria terapia e a terapia dos seus pares.

A ideia central das CTs consistia na interação integrada de todos os pacientes acolhidos na instituição e também de seus funcionários, no sentido de operar em conjunto sem a hierarquização presente no modelo dos hospitais psiquiátricos, buscando a divisão igualitária de tarefas e o convívio social dos abrigados.

Portanto, a Reforma Sanitária desenvolvida na Inglaterra tem como grande precursor Maxwel Jones que inaugurou uma relação inédita entre os hospitais psiquiátricos e a população, apontando a possibilidade de o doente mental ser tratado fora dos manicômios e ensejando a criação das CTs.

Jones, médico psiquiatra nascido na África do Sul, passou a residir no Reino Unido em 1930 e ali desenvolveu o conceito de CT como alternativa ao tratamento tradicional de doentes mentais que utilizava de máquinas de eletro-choque, isolamento social por tempo indeterminado e punições do doente, baseando sua nova alternativa na denominada “aprendizagem social” que define o tratamento do acolhido com base na interação interpessoal com o estabelecimento de novos padrões comportamentais.

É patente a destinação inicial dessas comunidades aos indivíduos portadores de transtornos mentais diante de uma nova realidade baseada na autonomia do indivíduo, na participação ativa na tomada de decisões da própria vida, na sua reinserção no meio social e na verticalidade da política, o que levou, inclusive, à criação da terapia ocupacional, o que não faz parte do escopo deste estudo específico.

Já as CTs destinadas às toxicomanias foram criadas em meados de 1960 objetivando o tratamento de indivíduos acometidos de transtornos mentais derivados de uso, abuso ou dependência de substâncias entorpecentes, tornando-se um dos

modelos mais procurados por *adictos* em substituição ao tratamento medicamentoso hospitalar tradicional.

Essas comunidades destinadas ao tratamento de toxicomanias podem ser diferenciadas basicamente por dois modelos distintos de atenção ao usuário.

O primeiro, modelo de Minnessota, objetiva o tratamento do indivíduo em isolamento social completo entre 28 (vinte e oito) dias e diversos meses, fundamentado, primordialmente, na essência espiritual e muito similar ao tratamento desenvolvido por programas como o Alcoólicos Anônimos (AA).

Já o modelo de Synanon prescreve que o comportamento do indivíduo dependente de substâncias entorpecentes somente pode ser corrigido por novos modelos de convívio social. A proposta enseja um novo lar e uma nova realidade social ao dependente químico e seus familiares. Contudo, a humilhação e a atribuição de culpa por vezes são aspectos almejados, utilizando-se para tanto do trabalho (laborterapia) como pilar da reabilitação.

Sobre esse modelo, citamos RUI TINOCO (2006, pg. 21-30):

Mintzberg (1989) classificou este tipo de organizações como missionárias: havia nelas o culto de uma superioridade moral do patriarca que deveria ser transmitida aos novos membros; essa superioridade moral deveria ser espalhada pelo mundo através dos membros da organização que, idealmente, permaneceriam para sempre na condição de activistas. O objetivo não era a reinserção, mas a retenção dos admitidos que deveriam ser inculcados de princípios cada vez mais rígidos e seriam incentivados a angariarem, constantemente novos membros. Deste modo a organização cresceria de modo exponencial.

Sobre a expansão das CT's no Brasil, citamos MARQUES (2015)

Com a multiplicação de iniciativas desse tipo na América do Norte, a experiência foi exportada para alguns países da Europa e, posteriormente, para a América Latina, Ásia e África. No Brasil, segundo Alves (2009), as CTs, em sua maioria instituições não governamentais, iniciaram na década de 1970 e tiveram maior expansão na década de 1990. Para Costa (2009), tais entidades foram implantadas antes da efetivação das políticas públicas sobre álcool e outras drogas no país, ocupando a lacuna deixada pelos serviços públicos.

Segundo a autora, as CTs adotam a linha de trabalho da filosofia subjacente da organização que a fundou; ou seja, a vertente adotada dependerá de quem a instituiu, podendo ser baseada na laborterapia, no “tratamento religioso”, nas práticas de autoajuda, e até na psicanálise. Contudo, o liame de conexão entre todas elas é a prática da abstinência completa de qualquer substância pelo indivíduo, o que confronta as teorias mais modernas desta área da ciência.

Destaca-se que não há comprovação científica sobre o potencial positivo desejado por essas instituições. Sobre o tema, citamos o artigo dos autores peruanos FIESTAS e PONCE (2012)

Em geral, verifica-se que não há evidências empíricas suficientes para apoiar uma eficácia superior da CT em comparação com outras opções terapêuticas, mais simples ou ambulatoriais, para tratar problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, como nível de consumo, permanência na taxa de tratamento, criminalidade e desemprego.

No Brasil, a maior parte das CTs consiste em sítios, fazendas ou outros tipos de moradia, comumente localizadas em áreas rurais e distantes da agitação da vida urbana<sup>22</sup>, minimizando a possibilidade de contato do indivíduo com a rotina que possa desencadear o consumo de substâncias entorpecentes

As CTs normalmente são especializadas pelo tipo de dependência (álcool, cocaína, crack e outros) e por vezes são destinadas a grupos específicos (mulheres, crianças, adolescentes, etc.), mas sempre buscando o isolamento social completo do abrigado como forma de combate à dependência.

Vários estudos apontam que um dos eventos mais comuns dentro das CTs é a assimilação cultural, processo pelo qual o abrigado passa a adquirir características próprias de outros integrantes do mesmo grupo. Em outras palavras, o indivíduo deixa de se reconhecer por si só e passa a ser parte integrante de um grupo de pessoas acolhidas pelo mesmo motivo de dependência química.

Neste assunto, importante citar novamente DAMAS (2013)

A assimilação é o oposto da pluralidade cultural. Assim, identifica-se outro fator envolvido na institucionalização dos sujeitos, que está no reconhecimento de uma identidade, no caso, dependentes químicos, ou

---

<sup>22</sup> Conforme dados extraídos do sítio: <[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas\\_web.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf)>

adictos. Ao assumirem integralmente esta, como a única identidade existente, tornam-se fundamentalistas – e o fundamentalismo em si já é uma forma de instituição total.

Uma das principais características dessas instituições – se não a principal – é a necessidade de isolamento social completo do abrigado, alienando-o do mundo de origem onde habita e convive com diversidades e problemas do contexto individual e social, passando a residir confinado num mundo paralelo, abordando tão somente o inconsciente, capaz de gerar a negação comunitária da realidade.

A consequência inevitável desse isolamento social completo é a incapacidade do indivíduo de retornar ao seu convívio normal no seio social externo à CT, posto que ao retornar, rapidamente recai na utilização de substâncias entorpecentes e necessita ser isolado novamente. É um ciclo sem fim que possibilita a permanência de indivíduos dentro dessas instituições por mais tempo de suas vidas do que até mesmo fora delas.

Sobre o tema, citamos MEIRE LUCI (2014):

A recaída, com passar do tempo, torna-se fator recorrente durante a vida dos usuários, pois são raros os dependentes, que conseguem permanecer abstinente após uma única tentativa de abandonar as substâncias psicoativas.

Na pesquisa realizada por GEHRING (2014), acerca dos motivos de recaída de usuários de álcool e outras drogas em CTs, respondida por residentes e egressos de uma CT e publicada na Revista do Laboratório de Estudos da Violência da Universidade Estadual Paulista (UNESP), o resultado foi:

Outras respostas foram: não dar crédito ao tratamento até o fim; ter dinheiro na mão; deixar de frequentar grupo de apoio, igreja, não praticar o que aprendeu, teimosia; viver na rua e ter que fumar pra ficar acordado e atento; ociosidade, cigarro; falta de manutenção do tratamento; falta de vigilância; não ter a opinião valorizada; achar que podia usar drogas de forma controlada.

Outra circunstância presente na maioria das CTs é o apoio do tratamento dito psicossocial na religião e na fé do indivíduo abrigado.

O exercício da fé obrigatória e predeterminada pelos dirigentes da instituição é um atributo presente na maioria delas, buscando apoio no que concebem de enfrentamento das fraquezas do corpo humano e considerando a espiritualidade como meio de superação do vício.

Ocorre que grande parte das CT destinadas a pessoas acometidas de transtornos mentais derivados da dependência química são mantidas por líderes religiosos e até políticos de determinadas bancadas da fé, o que faz com que a liberdade religiosa seja suprimida diante da necessidade de o indivíduo louvar uma única crença estabelecida pela própria instituição.

Outro elemento de importante destaque das CTs é o fato de que as atividades comumente desenvolvidas não são aquelas com as quais os indivíduos estão familiarizados no mundo exterior, nem tampouco concordam, visto que a crença religiosa naquele ambiente não é livre.

Pelo contrário. As atividades são previamente impostas independentemente da autonomia da vontade do indivíduo que por vezes é castigado com o aumento do trabalho (laborterapia) pela sua desobediência.

Diante de todos esses elementos comuns captados pelos estudos sobre essa realidade dentro dessas instituições que se destinam ao tratamento de dependentes químicos, verificam-se as mais variadas violações de direitos e barbáries<sup>23</sup> cometidas e na maior parte das vezes, como se viu anteriormente, financiadas com recursos públicos.

Portanto, verifica-se que a ideia inicial da constituição das CTs desenvolvida na Inglaterra por Maxwell Jones era completamente diferente da atividade desenvolvida no Brasil por essas mesmas instituições.

Enquanto a proposta inglesa se assemelhava ao que o Brasil construía pelo mecanismo próprio do CAPS-ad, as instituições brasileiras denominadas de comunidades terapêuticas se assemelham ao que era conhecido como manicômios.

Portanto, para conferir o serviço público, inerente à rede de proteção social brasileira, de tratamento de indivíduos com transtornos mentais derivados do uso ou abuso de substâncias entorpecentes ao setor privado, é necessária a reformulação dessas instituições para que haja a reabilitação do indivíduo e seja promovida a saúde mental desses indivíduos segundo a proposta de Jones após o término da 2ª

---

<sup>23</sup> Conforme dados extraídos do sítio: <[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas\\_web.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf)>

Guerra Mundial enquanto modelo de tratamento, o que certamente implica a capacidade e a vontade política de regulação dessa atividade por parte do Estado para que seja preservada sua natureza de ação pública, voltado ao interesse público e não privado.

### **3.2. A evolução regulatória das CTs**

Tendo em vista que as CTs desenvolvem uma atividade de saúde mental com a proposta de cuidar de indivíduos que sofram de transtornos em virtude do uso ou abuso de substâncias entorpecentes, é necessária a regulamentação dessa atividade como combate às internações psiquiátricas em casas de isolamento para que não se regrida ao modelo manicomial extinto a partir do advento da Reforma Psiquiátrica.

No entanto, a regulamentação do funcionamento das CTs vem sendo incrementada no período recente a cada ano, conforme as diretrizes e os interesses de cada governo, e não como uma política pública de Estado, e portando sem que sejam observadas as diretrizes do movimento antimanicomial e os princípios da promoção da saúde mental.

Contudo, é importante destacar que sendo essa parcela das CTs integrante do terceiro setor da economia, responsável pela execução material de políticas públicas de interesse coletivo, o baixo interesse do Estado na regulamentação dessa atividade deriva da opção governamental pelo desenvolvimento da política de abstinência e da privação da liberdade de indivíduos com transtornos mentais, com a conseqüente retomada da política higienista, o que seria evitável com o cumprimento da coerente norma regulatória de atuação dessas entidades privadas sem fins lucrativos.

A Constituição Federal dispõe em seu artigo 174 que o Estado deve atuar como agente normativo e regulador da atividade econômica, cabendo a ele a fiscalização, incentivo e planejamento do setor.

É exatamente no exercício da função regulamentadora que o Estado dispõe acerca do funcionamento e impõe as regras a serem observadas pelas CTs enquanto entidades privadas do terceiro setor da economia, no exercício da

atividade de acolhimento de indivíduos com transtornos causados pelo uso, abuso ou dependência de substâncias entorpecentes.

Nesse sentido, é importante destacar que a primeira regulamentação dessa atividade econômica aconteceu por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA em 30 de maio de 2001, por força da revogada Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 101 de 2001, que estabelecia o regulamento técnico disciplinando exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Esse marco regulatório inicial ocorreu, pois após a promulgação da Lei nº 10.261 de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, popularmente conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, houve um notório crescimento do número de CTs, criadas para o tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais derivados do consumo de substâncias entorpecentes.

Sendo combatida a existência dos antigos manicômios e diante da luta incessante pela humanização do tratamento do doente mental, foi neste momento que houve a grande expansão dessa atividade econômica, objetivando a substituição dos antigos manicômios por novas casas de isolamento social e o suposto tratamento desses indivíduos.

Com o crescimento desse ramo econômico, por meio da supracitada RDC nº 101/2001, a ANVISA entendeu por bem estabelecer o Regulamento Técnico que disciplinava exigências mínimas para o funcionamento desse serviço, objetivando garantir os requisitos sanitários mínimos dos locais de acolhimento.

Diante das atribuições específicas da ANVISA e no âmbito da sua competência regulatória, a RDC nº 101/2001 foi editada a fim de dispor sobre os requisitos sanitários do local de acolhimento do usuário, sem que fossem estabelecidos métodos de tratamento ou quais seriam as atividades proibidas de serem desenvolvidas.

Naquele documento foi disposto que os serviços seriam desenvolvidos dentro do modelo psicossocial, respeitada a voluntariedade do acolhido, sendo vedada a sua discriminação por qualquer tipo de doença associada.

A Resolução dispunha sobre o grau de resistência ao início e manutenção do tratamento de acordo com o comprometimento da pessoa em avaliação, classificado em leve, moderado ou grave, além do comprometimento biológico, psíquico e social, familiar e legal.

Os usuários com comprometimento grave no âmbito psíquico e/ou psicológico eram considerados não elegíveis para o tratamento, devendo ser encaminhados para outra modalidade de atenção.

No item 4.1 daquela Resolução era expressamente vedada a imposição de crenças religiosas ou ideológicas para admissão ou permanência do acolhido, havendo a possibilidade de interrupção do tratamento a qualquer tempo obedecendo-se a vontade do usuário.

O Regulamento impunha o respeito ao bem estar físico e psíquico da pessoa acolhida, garantindo uma alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados, sendo manifestamente proibida a prática de castigos físicos, psíquicos ou morais, devendo sempre ser respeitada a integridade do indivíduo.

No que tange aos recursos humanos dos serviços de atenção dentro das CTs, a Resolução impunha a obrigatoriedade de observância de, no mínimo, 1 (um) profissional da área da saúde ou serviço social, com formação superior, 1 (um) coordenador administrativo e 3 (três) agentes comunitários capacitados em dependência química para atendimento de um grupo máximo de 30 (trinta) residentes.

Dez anos mais tarde a própria ANVISA editou a RDC nº 29 de 2011, publicada em 30 de junho de 2011 e vigente até hoje, que revogou a RDC nº 101/01 e dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento das CTs.

A grande crítica a esse novo marco regulatório é a sua escassez de exigências técnicas de funcionamento desses equipamentos, com a supressão de requisitos sanitários anteriormente dispostos pela própria ANVISA.

Enquanto a antiga RDC nº 101/01 determinava a existência de recursos humanos mínimos, a atual RDC nº 29/11 dispõe tão somente sobre a necessidade das CTs manterem recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas.

O espaço permitido pela regulamentação para que valores subjetivos e avaliações baseadas neles prevaleçam foi alvo de severas críticas por associações de defesa de indivíduos portadores de transtornos mentais e da sociedade civil organizada, pois passou a possibilitar a exploração de trabalho dos próprios acolhidos como suposta medida terapêutica.

Essa exploração do trabalho dos abrigados decorre justamente do elemento subjetivo presente na regulamentação atual, tendo em vista que não há imposição de quadro mínimo de pessoal, nem tampouco disposição acerca da qualificação técnica especializada para atuação dentro desse setor.

A nova normatização feita pela ANVISA dispõe sobre as instalações físicas dos ambientes de acolhimento e sobre condições organizacionais das CTs, sem nada dispor sobre os tratamentos desenvolvidos nessas instituições.

Foram estabelecidas garantias aos usuários no processo de ingresso e permanência no acolhimento, sem qualquer definição objetiva no que concerne aos procedimentos de socialização interna e de medidas capazes de fomentar a autonomia do indivíduo buscando a sua reabilitação.

O artigo 21 (vinte e um) da referida Resolução impõe às instituições o ônus de definir e adotar critérios sobre a alta terapêutica, a desistência, o desligamento e a evasão do tratamento, sem qualquer imposição de requisitos objetivos neste sentido.

Essa brecha de indefinições que dá margem a critérios subjetivos faz com que os acolhidos permaneçam um longo período de tempo em internação, por vezes

involuntária, contrariando os princípios e as diretrizes da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica.

Nesse contexto regulatório, o Estado possibilitou ao terceiro setor a eleição dos requisitos objetivos e subjetivos para desligamento dos usuários em tratamento, o que implica, inevitavelmente, a perda do lucro das instituições com esse desligamento e possibilita o cárcere privado dos acolhidos, sob a suposta permanência e duração de um tratamento baseado na abstinência e no isolamento social.

Já em 5 de maio de 2015 o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas – CONAD, vinculado ao Ministério da Justiça aprovou a Resolução nº 01/2015 que regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento, em caráter voluntário, de pessoas com problemas associados ao uso, abuso ou dependência de substâncias entorpecentes, notadamente as CTs.

Segundo parecer da Advocacia Geral da União, a referida Resolução foi aprovada após a sua submissão a duas audiências públicas e a duas consultas públicas, com apresentação de abaixo-assinado com 15.888 (quinze mil oitocentos e oitenta e oito) assinaturas com o pleito de aprovação da proposta, demonstrando a força política desse setor.

O Grupo de Trabalho para criação da Resolução foi composto por representantes do SENAD, Ministério da Justiça, ANVISA, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, hoje Ministério da Cidadania, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, hoje sob a égide do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas, Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, Conselho Federal de Psicologia e do Terceiro Setor.

Essa ampla participação da sociedade civil objetivou observar a intersetorialidade, a interdisciplinaridade e a transversalidade que são inerentes ao desenvolvimento de políticas públicas no Estado Democrático de Direito.

Contudo, o que parece ser observância do processo democrático de políticas públicas, em verdade foi o envolvimento de determinados indivíduos de cada entidade suscitada, com o escopo de aprovar rapidamente a regulamentação das CTs.

Nessa norma do CONAD foi abordada a classificação das entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substâncias entorpecentes, a definição dos órgãos fiscalizadores, foram estabelecidas as obrigações dessas entidades durante o acolhimento de usuários, estipulado o período máximo de duração do acolhimento, impostos critérios de eleição dos acolhidos, elencados os direitos dos mesmos a serem respeitados, além de estabelecer a necessidade de um Plano de Atendimento Singular de cada indivíduo abrigado.

Foram elencadas as atividades a serem desenvolvidas pelos acolhidos no período de acolhimento, classificadas entre atividades recreativas, atividades de desenvolvimento da espiritualidade, atividades de promoção do autocuidado e atividades de promoção da aprendizagem.

Foram eleitos os requisitos para acolhimento de mãe acompanhada de seu filho, além da articulação com a rede de serviços com o apoio dos gestores locais.

Após a promulgação da Resolução nº 01/2015 pelo CONAD, diversas foram as críticas estabelecidas pelos órgãos de proteção aos direitos das pessoas com transtornos mentais, notadamente o Conselho Federal de Psicologia e o Conselho Federal de Serviço Social.

A Resolução supracitada classifica as CTs como unidades de saúde e assistência social e define as instituições como entidades jurídicas sem fins lucrativos, o que isenta essas verdadeiras empresas da contribuição previdenciária patronal devida à Previdência Social.

A diretriz da Resolução é o tratamento do indivíduo com transtornos mentais derivados do uso, abuso ou dependência com base na estratégia da abstinência, o que caminha na contramão das políticas desenvolvidas no âmbito do SUS.

A normatização dispõe que as CTs têm a característica de promover o desenvolvimento pessoal focado no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade, o que mais uma vez cria a possibilidade de critérios subjetivos na atuação das instituições privadas, tendo em vista que não há, no regulamento, a definição do que seja a *promoção do desenvolvimento pessoal dos acolhidos*.

Neste sentido, importante citar GALINDO (2017):

Tendo em vista que mais de 90% das CTs oferecem algum tipo de serviço religioso e são administradas por instituições religiosas, a religiosidade aparece como uma ferramenta basilar no tratamento à “dependência de drogas”, muitas vezes sendo colocada de forma impositiva e nem um pouco velada, como denunciou o relatório do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011) e o recente dossiê de inspeção das CTs e clínicas para usuários de drogas no estado de São Paulo (CRPSP, 2016).

A Resolução dispõe também sobre a obrigação das CTs de manutenção de equipe profissional sem, contudo, definir e especificar quais são os profissionais necessários para garantir o funcionamento regular dessas instituições.

O período máximo de duração do acolhimento previsto na Resolução (12 meses) também contraria os preceitos do SUS, bem como a política de saúde mental construída no país, que prevê o acolhimento por período máximo entre 45 (quarenta e cinco) a 90 (noventa) dias, a fim de evitar a institucionalização em massa e o desenvolvimento de políticas higienistas.

A Resolução suscitada também é omissa acerca da possibilidade do exercício do controle social democrático como meio de fiscalização da atuação dessas instituições, que constitui princípio central das políticas públicas de saúde.

A ausência de especificação da formação da equipe multidisciplinar atuante nas CTs, bem como da competência técnico-metodológica, demonstra a falta de garantia da qualidade do serviço ofertado.

O parágrafo único do artigo 25 (vinte e cinco) da referida Resolução dispõe que “*Ao receber representação ou denúncia de descumprimento da presente Resolução, o CONAD oficiará aos órgãos competentes para adoção das medidas cabíveis e dará ciência à entidade interessada*”.

Contudo, não há especificação do procedimento a ser adotado pelo CONAD em caso de descumprimento das normas estabelecidas na Resolução, tampouco o modo de descredenciamento das CTs com o Poder Público e muito menos a definição de quais sejam os órgãos competentes, o que torna a regulamentação precária e omissa.

Por meio da Ação Civil Pública proposta pelo Ministério Público Federal que tramitou perante a 2ª Vara Federal da Comarca de São Paulo sob o nº 0014992-18.2016.4.03.6100 a aplicação da Resolução nº 01/2015 do CONAD foi suspensa em sede de tutela provisória de urgência.

Contudo, em sede de Agravo de Instrumento o Tribunal Regional Federal da 3ª Região revogou a decisão provisória de primeira instância e determinou a aplicação da referida norma, tendo em vista a observância do processo democrático de aprovação da medida.

Já em fevereiro de 2019 o então Deputado Federal, Pastor Sargento Isidório (AVANTE) apresentou o Projeto de Lei nº 1.241 de 2019 que estabelece as diretrizes para o atendimento das CTs como política pública permanente no território nacional.

Ainda no ano de 2019, por meio do Decreto nº 9.926 publicado em 19 de julho, o CONAD excluiu as vagas destinadas aos integrantes da sociedade civil no próprio CONAD, instrumento de participação e controle social na tomada de decisões do órgão.

A medida impediu que as categorias profissionais de saúde mental debatessem as políticas públicas do CONAD como meio de afastamento da atuação técnico-científica do setor, tornando o órgão estritamente político com pouquíssimo conteúdo técnico.

Em ato contínuo, em 12 de dezembro de 2019 a SENAPRED publicou a Portaria nº 01/2019 que regulamenta o Sistema Eletrônico de CTs – SISCT para comprovação da prestação do serviço e do acolhimento, além do ateste das notas fiscais e os respectivos pagamentos às CTs.

A Portaria supracitada objetivou o cadastramento em sistema único das CTs que prestem serviços ao Estado para gerenciamento de despesas e comprovação do serviço remunerado.

Em 20 de março de 2020 o Senado Federal publicou o Decreto Legislativo nº 6 de 2020 que decretou o estado de calamidade pública, por meio da solicitação do então Presidente da República, em virtude da pandemia do coronavírus (Covid-19). A partir de então verifica-se o fortalecimento das práticas de adoção de CTs no tratamento de indivíduos com transtornos mentais decorrentes do uso ou abuso de álcool ou outras drogas.

De fato, a decretação do estado de calamidade pública impôs diversas novidades no ordenamento jurídico, como a suspensão do debate de pautas de extrema relevância, a possibilidade de compra de produtos, equipamentos e serviços com dispensa de licitação e o trabalho remoto de servidores públicos de todos os Poderes, dentro da sua esfera de competência.

Foi neste momento, em meio à pandemia do novo coronavírus, com milhares de mortes por todo o território nacional e internacional que o CONAD realizou reunião extraordinária em 06 de julho de 2020 e aprovou a regulamentação do acolhimento de adolescentes em CTs.

A Resolução nº 03 de 2020, publicada em 24 de julho de 2020, regulamenta, no âmbito do SISNAD, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas em CTs.

A regulamentação dispõe que adolescentes com 12 (doze) anos completos até 18 (dezoito) anos incompletos poderão ser reclusos dentro das CTs, em período de até 12 (doze) meses consecutivos, mediante autorização prévia de um dos pais ou responsáveis.

Há também a possibilidade de nova internação, em período inferior a 6 (seis) meses após o último desligamento do acolhido, desde que haja justificativa fundamentada da equipe multidisciplinar e multisetorial da própria CT.

Contudo, a Resolução dispõe que a equipe multidisciplinar e multisetorial deverá ser formada de, no mínimo, um profissional com formação na área da saúde, assistência social ou educação.

Mais uma vez a subjetividade da norma foi veementemente atacada pelas entidades de defesa dos direitos humanos, tendo em vista que não há qualquer formação técnica específica para justificar a internação reiterada de adolescentes que efetivamente consumam álcool ou outras drogas.

Como exemplo, em 5 de agosto de 2020 foi veiculada notícia em jornais de grande circulação em todo o território nacional, além das mídias digitais, de que um grupo de religiosos da Igreja Evangélica autodenominado de “Patrulha da Paz” que se passava por policiais militares tentaram no Distrito Federal o recolhimento de moradores de rua dependentes de substâncias entorpecentes e o seu encaminhamento para CTs.

A abordagem relatada aponta o constrangimento de pessoas em situação de rua, notadamente em situação de vulnerabilidade social a serem submetidas à pregação religiosa de maneira forçada enquanto se tomam medidas no sentido de higienizar as ruas do DF com o recolhimento dessas pessoas.

Diante da precária regulamentação das CTs no território nacional enquanto uma política deliberada tendo em vista que o Estado repassa milhões de reais anualmente para esse setor desenvolver uma política pública pouco eficaz e que viola os direitos humanos, se faz necessário uma análise das condições de acolhimento desses indivíduos e da eficácia do tratamento desenvolvido.

### **3.3. O relatório da Inspeção Nacional em CTs de 2017**

Com o crescimento das CTs e a expansão da política do setor de saúde mental que prioriza o acolhimento do indivíduo dependente de álcool e outras drogas em detrimento do tratamento domiciliar, tornaram-se recorrentes as denúncias de supostas violações de direitos dos pacientes abrigados nessas instituições.

Diante da necessidade de orientar o debate acerca do modelo de cuidado ofertado às pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras

drogas e buscando esclarecer o que efetivamente acontece dentro das CTs, foi realizada a 1ª Inspeção Nacional em CTs no ano de 2017.

Essa iniciativa foi protagonizada e desenvolvida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (PFDC/MPF).

Com equipes de inspeção compostas por membros do Ministério Público Federal, peritos, psicólogos e outros profissionais da saúde, por representantes dos Conselhos de Medicina, do Serviço Social, da Enfermagem, além da participação de Defensorias Públicas e Seccionais da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), foi realizado um relatório de 173 páginas relatando uma gama variada de violações aos direitos humanos praticadas dentro das CTs vistoriadas.

No total, mais de 100 (cem) pessoas foram mobilizadas, a fim de vistoriar 28 (vinte e oito) instituições distintas, dentre os Estados de Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo, além do Distrito Federal.

Entre as violações mais comuns praticadas na maioria das unidades vistoriadas encontram-se: a existência de muros, trancas e restrições aos meios de comunicação, a privação da liberdade dos acolhidos, a prática de castigos, punições e indícios de tortura, a violação da liberdade religiosa e intolerância à diversidade sexual, o uso da laborterapia como mecanismo de trabalho forçado e sem remuneração, a fragilidade nas equipes de trabalho e o financiamento dessa atividade com recursos públicos.

As vistorias ocorreram nos dias 16 e 17 de outubro de 2017, sendo que a lista de instituições inspecionadas foi objeto de sigilo, objetivando que fosse encontrada a real situação dos pacientes abrigados no momento da inspeção e para evitar a manipulação de informações por parte das instituições.

O projeto foi desenvolvido com base em 4 (quatro) perspectivas distintas, divididas entre as entrevistas com os usuários acolhidos, as entrevistas com as

equipes de funcionários, a análise documental das instituições e a entrevista com a direção das CTs.

As CTs visitadas, denominadas no relatório como locais de privação de liberdade apresentaram diversos problemas que foram estruturados da seguinte forma: a) instituições de caráter asilar, b) internações involuntárias e compulsórias, c) problemas institucionais, d) problemas com equipes de trabalho, e) prática do uso da força cotidianamente, f) internação de adolescentes, g) desvio de finalidade das CTs, h) problemas com infraestrutura e insumos básicos, i) problemas com o controle externo do serviço público e j) problemas de origem orçamentária.

No que tange aos problemas de caráter asilar das instituições, a própria premissa de acolhimento e isolamento social contraria veementemente as orientações da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, tendo em vista que essas internações deveriam ser estabelecidas apenas quando houvesse ausência de recursos para oferecer a assistência integral, além da ausência de garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais de outro modo.

O relatório aponta que dentro das instituições vistoriadas foram identificadas as práticas de isolamento e restrição do convívio social, uma vez que as instalações são construídas em locais de difícil acesso, normalmente com grandes muros e grades, culminando na retenção de documentos pessoais e dinheiro do usuário abrigado, o que prejudica o exercício do seu direito de ir e vir.

Além disso, em algumas instituições foi verificada a incidência de multa contratual pela saída do acolhido antes do término do suposto tratamento, o que também é caracterizado como uma medida de restrição da liberdade individual do acolhido.

O contato do abrigado com o mundo exterior também é minimizado, posto que as instituições têm o costume de exercer o controle dos contatos telefônicos e violar as correspondências dos indivíduos como suposta medida de tratamento.

Dentro das 28 (vinte e oito) instituições vistoriadas, apenas 5 (cinco) não demonstraram a violação de correspondência dos abrigados, o que denota a prática comum desse crime por iniciativa dessas instituições de acolhimento.

No início do período de tratamento os pacientes ficam impossibilitados de receber visitas, o que normalmente dura cerca de 1 (um) mês e posteriormente passam a recebê-las de forma quinzenal, ou seja, 2 (duas) vezes por mês.

Essa política de restrição de visitas e isolamento social confronta os princípios e as diretrizes do apoio à pessoa com transtorno mental que norteia o auxílio ao paciente pela inserção na família e o apoio comunitário, o que torna a política das CTs uma medida agressiva e retrógrada.

Sobre o tema abordado no relatório, importante destacar o que preconiza SABINO (2005):

Porém, essa metodologia de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas ainda requer diversos estudos para averiguar se o “isolamento” do mundo em que havia o convívio com a droga não pode ocasionar, no momento de saída da CT, uma recaída devida à desadaptação social, já que a abstinência ocorreu em um ambiente de privação tanto da substância quanto do grupo social.

Portanto, é patente que as premissas do tratamento desenvolvido por essas instituições que são o isolamento social e a restrição da liberdade individual, além de violarem os direitos individuais dos acolhidos, ferem também os princípios da luta antimanicomial e não gozam de qualquer garantia científica como métodos terapêuticos.

No que concerne às internações involuntárias e compulsórias, é importante esclarecer novamente que as involuntárias acontecem sem o consentimento do usuário, demandam a solicitação por terceiro e devem ser realizadas por um médico devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM), ao passo que a internação compulsória é aquela realizada em virtude de ordem judicial.

No território nacional, o Código Penal brasileiro é a única regra jurídica que dispõe sobre a internação compulsória por ordem judicial, tendo em vista que o Poder Judiciário não é competente para obrigar o usuário de drogas a buscar tratamento médico.

Contudo, diante da possibilidade de realização de internações involuntárias e compulsórias, não são raros os acolhimentos de indivíduos com transtornos mentais

derivados do consumo ou dependência de drogas em CTs com o custeio das despesas por meio de recursos públicos, independentemente da sua voluntariedade.

Neste aspecto, dentre as 28 (vinte e oito) instituições vistoriadas, apenas 10 (dez) realizam apenas as internações voluntárias, sendo que 1 (uma) afirmou realizar somente internações involuntárias e compulsórias e outras 17 (dezesete) afirmaram realizar todos os tipos de internações.

Para a realização da internação involuntária, o ordenamento jurídico em geral, além das diversas Resoluções da ANVISA e da Lei da Reforma Psiquiátrica, impõe a obrigatoriedade de apresentação de laudo médico que faça constar as razões da internação, bem como o motivo da ausência de consentimento do paciente, além da necessidade de comunicação ao Ministério Público dentro de 72 (setenta e duas) horas após a realização da internação.

No entanto, o relatório aponta que apenas 2 (duas) das CTs realizam a respectiva comunicação ao Ministério Público, sendo que uma delas o faz de forma mensal e não dentro do período determinado pela legislação.

Segundo o relatório, são apenas 2 (duas) as instituições que informaram possuir os laudos médicos referentes às internações involuntárias, o que denota a possibilidade de cárcere privado do indivíduo dentro dessas empresas.

A maioria das CTs inspecionadas não apresentou laudo médico acerca dos pacientes internados voluntariamente, o que também contraria uma exigência legal, além do fato de terem sido encontrados pacientes acolhidos há mais de 7 (sete) anos, contrariando todas as normas e princípios de direitos humanos.

O relatório nacional aponta ainda que algumas das instituições vistoriadas realizam a conversão da internação voluntária em involuntária, tendo em vista que quando o paciente demonstra interesse em deixar o local de acolhimento são impostos diversos óbices a sua saída, como multa contratual, retenção de documentos, pressão familiar, entre outras atitudes de privação da liberdade do acolhido.

Neste mesmo raciocínio, seguem as palavras de BARDI (2019):

Como podemos observar por meio desse debate, as CTs brasileiras se tornaram algo que se encontra muito distante do que pensava Jones. Para ele, a ideia da comunidade terapêutica seria de um ambiente democrático, de mobilidade social, no qual todos os membros pudessem fazer-se responsáveis pelo grupo e pela instituição, independentemente das suas características pessoais (JONES, 1972). O que vemos é um pântano na busca por ajuda, no qual se sujeitam (e se afundam) inúmeros indivíduos, sobretudo pobres e marginalizados.

Sobre os aspectos institucionais das CTs, todas as 28 (vinte e oito) instituições inspecionadas declararam trabalhar com o modelo de abstinência e com a prática de atividades religiosas, sendo que poucas delas assumiram a espiritualidade de modo geral, posto que a maioria trabalha com religiões específicas, sem possibilidade de escolha religiosa pelo indivíduo abrigado.

A laborterapia também foi uma técnica assumida por 27 (vinte e sete) das instituições inspecionadas, o que caracterizou a proposta de atenção pelas CTs baseada na restrição da liberdade, na religiosidade e na laborterapia como pilares da atividade econômica.

Registre-se que o relatório aponta que essa proposta de atenção não pode ser definida como técnica de tratamento, tendo em vista que não goza de qualquer base técnica, teórica ou científica, afastando-se da metodologia fundamentada no cuidado.

Mesmo a legislação determinando que as CTs devam criar um projeto de tratamento específico para cada usuário acolhido, respeitando assim as suas singularidades, o relatório apontou que em 9 (nove) instituições as direções afirmaram que trabalham com um único projeto terapêutico global, ou seja, desenvolvem o mesmo tratamento para todos os indivíduos abrigados, em notório desrespeito com as peculiaridades de saúde e de dependência de cada indivíduo.

Neste aspecto, é importante lembrar que o projeto terapêutico singular é a diretriz que define a Rede de Atenção Psicossocial, estabelecida na Portaria nº 3.088 de 2011, pelo Ministério da Saúde, sendo que as atividades diferenciadas que levam em consideração as peculiaridades socioculturais, o próprio alinhamento aos órgãos de controle social e a atenção multidisciplinar demandam o prévio projeto individual de cada usuário para sua efetividade plena.

Apenas 10 (dez) das comunidades inspecionadas defenderam o plano terapêutico singular, o que foi confrontado posteriormente com a coleta de informações documentais e por meio de depoimento dos acolhidos e acabou resultando na comprovação de que esse número é ainda menor.

Uma das características mais fortes das CTs é a religiosidade como método terapêutico e fundamento para o cuidado, o que enseja a prática de atividades religiosas diariamente dentro dessas instituições. Apenas 4 (quatro) instituições demonstraram a inexistência de restrições à liberdade religiosa individual dos usuários acolhidos.

A crítica apontada neste aspecto pelo relatório final da inspeção nacional é de que o tratamento para transtornos mentais derivados do uso de álcool e outras drogas deve ser embasado em um processo de saúde e sua base não deve ser religiosa, além de que a prática religiosa pode causar violações do direito de indivíduos que não compartilhem a mesma crença daquela pregada pela instituição.

A vinculação da cura do indivíduo dependente de álcool ou outras drogas com determinadas crenças ou aceitação de qualquer religião não goza de qualquer comprovação científica, o que enfraquece o tratamento realizado por essas instituições totais.

Dentre os depoimentos obtidos dos usuários acolhidos nas instituições inspecionadas, são diversos os relatos de obrigatoriedade do culto religioso com o aumento da “laborterapia” em caso de ausência do indivíduo no momento da celebração, o que denota além da supressão da liberdade religiosa, também a prática de castigo e o trabalho forçado como técnicas de cura.

Acerca da laborterapia, 27 (vinte e sete) das 28 (vinte e oito) instituições vistoriadas afirmaram utilizá-la como técnica de tratamento, objetivando estabelecer uma regra de convívio social entre os usuários abrigados.

Contudo, diferentemente do que as direções afirmam ser o uso da laborterapia, o relatório aponta que os serviços dos usuários acolhidos são utilizados na própria manutenção da residência de acolhimento no lugar da contratação de funcionários para o desempenho dessa atividade, além do fato de que a força de

trabalho de alguns indivíduos é usada no ambiente externo à comunidade para proveito próprio dos seus dirigentes.

O relatório suscitado aponta que a laborterapia, como utilizada nas CTs, em muito se assemelha ao que se encontra nas instituições manicomiais, sendo que não há remuneração pelo trabalho desenvolvido, nem tampouco contratação formal enquanto funcionários, tornando-se verdadeiramente uma rede de exploração de trabalho forçado, similar ao trabalho escravo.

Sobre o tema, é importante citar AMÉLIA COHN (2019)

Nosso estudo nota que o relatório da primeira inspeção nacional em CTs condena a laborterapia da forma como vem sendo desenvolvida nos abrigos visitados, posto que supostamente viola os direitos fundamentais dos internos e utiliza da mão de obra gratuita destes para o desempenho de trabalhos compulsórios que deveriam ser formais e devidamente remunerados.

O relatório aponta ainda que as CTs têm o seu funcionamento direcionado para a manutenção do acolhimento do indivíduo, sem qualquer ferramenta que possibilite a capacitação do usuário para sua vida em comunidade.

A falta de um projeto de desinstitucionalização desses usuários faz com que grande parte deles acabe trabalhando na própria unidade de acolhimento após o término do seu período de tratamento, seja como coordenador, seja como monitor, redundando na sua dependência social e financeira da instituição e traduzindo-se em reclusão por longos anos.

Em apenas 6 (seis) instituições foram identificados projetos de desinstitucionalização dos usuários, comumente baseados no aumento da frequência de saídas da instituição durante o período de tratamento e o incentivo ao trabalho formal, sem contudo, qualquer qualificação para a vida social.

Também foi verificado que essas instituições não realizam interação com a RAPS, sendo que apenas 12 (doze) demonstraram essa interação, mas de forma extremamente pontual, sempre quando necessário o acesso a serviços de saúde ofertados pelo SUS.

Sobre o período de duração dos acolhimentos, apenas 1 (uma) CT informou que respeita a Portaria MS/GM nº 3.088/2011 que estabelece o período máximo de internação nessas instituições por 9 (nove) meses.

Na contramão da política pela Reforma Psiquiátrica e do movimento antimanicomial, algumas instituições apresentaram um período mínimo de duração do acolhimento, sem qualquer fundamento científico neste sentido.

A Resolução RDC nº 29/11 da ANVISA, como já suscitado anteriormente, determina que haja uma ficha individual para cada usuário acolhido pelas CTs, inclusive para que seja viabilizado o controle externo dessas internações.

Contudo, contrariando a regra estipulada pelo órgão sanitário, apenas 15 (quinze) das instituições apresentaram prontuários médicos dos indivíduos acolhidos, inclusive com diversas incongruências na documentação, quando existente.

Ocorre que sem o registro de acolhimento torna-se impossível a análise da evolução do indivíduo acolhido e a proposta de sua possível desinstitucionalização com a retomada do convívio social, o que implica diretamente na permanência ininterrupta dos usuários nessas instituições.

Portanto, sendo esses os principais aspectos institucionais apontados no relatório abordado, é patente que as CTs não gozam de qualquer estrutura técnico-científica para o acolhimento de indivíduos com transtornos mentais derivados do uso ou abuso de álcool ou outras drogas.

Já no tocante às equipes de trabalho, foi constatado que na maioria das CTs não há atuação de profissionais da área da saúde devidamente habilitados ao exercício da profissão.

Nos termos do relatório, toda internação de usuários com transtornos mentais somente pode ocorrer quando os recursos extra-hospitalares forem ineficientes no caso concreto e a instituição acolhedora conte com ao menos serviços médicos, de assistência social, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros.

Sendo assim, a instituição que não cumprir com os requisitos mínimos de assistência médica deve ser considerada de caráter asilar, sendo vedada a internação do usuário nestes locais, sob pena da retomada dos antigos manicômio e casas de higienização sanitária.

Contudo, a inspeção confirmou que as CTs têm por hábito desenvolver os serviços de acolhimento com o trabalho realizado por monitores e não profissionais da área da saúde, o que coloca em risco a própria vida e a saúde dos indivíduos acolhidos.

Dentre as 28 (vinte e oito) instituições vistoriadas, apenas em 5 (cinco) foi constatada a presença de grupo médico completo, com médico, psicólogo e assistente social, sendo que em outras 4 (quatro) há registro de ausência completa de equipe técnica-profissional.

Ao contrário do que determina a legislação, as instituições têm por hábito a utilização da força de trabalho dos próprios usuários em situação de acolhimento para o desempenho de funções essenciais ao funcionamento da própria CT.

Realização de resgates de outros usuários, aplicação de medicações, limpeza interna e externa das instituições, preparo de refeições, exercício da função de psicólogo e de assistente social, são alguns dos serviços praticados por internos ou ex-internos com a substituição da sua força de trabalho por moradia e alimentação, sob a justificativa de desenvolvimento de trabalho voluntário.

Esses usuários do sistema são verdadeiramente colocados à margem da sociedade, tendo em vista que passam a exercer suas funções dentro dessas instituições, na maior parte das vezes sem qualquer forma de remuneração e permanecem residindo nestes locais, o que impossibilita a sua reinserção social.

Segundo a Resolução nº 2.056 de 2013 do Conselho Federal de Medicina, a CT será caracterizada como uma instituição de natureza médica, desde que realize internações compulsórias e/ou involuntárias e que haja a prescrição de medicamentos, o que enseja a necessidade de plantão médico durante todo o período de funcionamento da instituição.

Contudo, mesmo apenas 3 (três) instituições informando que realizam apenas internações voluntárias, não foi encontrada a presença médica em todo o período de funcionamento de nenhuma CT inspecionada.

Ainda acerca do quadro de funcionários dessas comunidades, constatou-se o exercício irregular da profissão de psicóloga por estudante do curso de psicologia que sequer possuía contrato de estágio e desempenhava nitidamente a função para a qual não possuía a qualificação necessária. Além da exploração da sua força de trabalho, esse é um problema que pode causar demasiado prejuízo ao tratamento enfrentado pelo próprio acolhido, tendo em vista que deixa de contar com o quadro técnico-profissional necessário para a superação do transtorno mental que o acomete.

Sobre o tema é crucial citar o artigo de FERRAZZA, SANCHES e ROCHA (2017):

Enquanto os grupos religiosos defendem que a melhor forma de internação seria aquela oferecida em suas clínicas religiosas, onde o tratamento é baseado nos discursos morais e cultos de fé mítica, as associações psiquiátricas argumentam sobre a falta da responsabilidade médica nessas instituições e denunciam o tratamento das CTs como uma modalidade de prática ilegal de atividades precípuas da medicina. Desaprovam os incentivos governamentais e recursos financeiros às CTs e defendem a urgente criação de leitos psiquiátricos em hospitais administrados por médicos.

Neste sentido, confirma-se a total incapacidade dessas instituições em oferecer um serviço de tratamento de usuários acometidos de transtornos mentais derivados do uso, abuso ou dependência do álcool ou outras drogas.

No que tange ao cotidiano das CTs e a prática de uso comum da força, o relatório aponta que todas as instituições impõem uma dura rotina aos seus acolhidos, o que mais se aproxima de uma punição do que de um tratamento efetivo.

As atividades de lazer foram raramente observadas durante toda a inspeção, e quando apareceram sempre estavam ligadas a atividades religiosas, ao passo que a denominada laborterapia na maior parte das vezes se restringe a atividades de limpeza e manutenção dos locais de convívio.

Já as atividades religiosas são comumente obrigatórias e quando o usuário não participa dela acaba sendo punido com o aumento da carga de trabalho desenvolvida pela suposta laborterapia e por vezes suprimido o tempo livre de lazer.

Os relatos obtidos dos internados apontam que algumas unidades disponibilizam cerca de 2 (duas) horas diárias para que o indivíduo possa assistir televisão, com restrição ao conteúdo assistido, sempre limitado a telejornais, e o tempo remanescente para o lazer se confunde com a prática de orações e cultos religiosos.

Durante a inspeção, foi constatada a contenção mecânica e/ou química dos internos em desacordo com as normas vigentes, além de isolamento do usuário por longos períodos, privação do sono e supressão da alimentação quando as normas internas não são obedecidas.

A situação analisada e narrada no relatório aponta a prática de castigos físicos e o crime de tortura contra os internos, normalmente com aqueles mais comprometidos psicologicamente; fica claro que o corpo diretivo dessas instituições usa de sanções para impor suas vontades às pessoas privadas de sua liberdade.

As punições mais observadas foram divididas entre: a) punições por meio do trabalho (aumento da laborterapia), b) punições via restrições (restrição do sono e até da alimentação), c) punição por isolamento ou confinamento (o indivíduo acaba sendo isolado dentro da própria instituição por descumprimento de ordens), d) punição por agressão física (normalmente em casos de tentativa de fuga).

Os castigos físicos e/ou psíquicos são impostos com liberalidade daqueles que comandam a direção da própria instituição, em virtude do descumprimento de regras que não foram sequer expostas anteriormente, sempre com o discurso de buscar a formação de consciência do usuário.

Nove das instituições inspecionadas afirmaram praticar ainda o denominado “resgate” que consiste na retirada do indivíduo de seu local de permanência no caso de internação compulsória e/ou involuntária, sempre com o uso da força por meio de imobilização ou de contenção química com a injeção de medicação.

Diversas instituições confirmaram que são os próprios usuários do serviço que realizam esse serviço, sem qualquer qualificação técnica ou habilitação para tanto, sem protocolo de resgate, agindo mediante sua própria discricionariedade, o que pode ser caracterizado como crime de sequestro, em virtude da inobservância dos requisitos legais para essas internações.

Outra prática comumente observada nas instituições inspecionadas foi a vistoria de instrumentos portados pelos internos, submetendo os acolhidos a contatos físicos sem roupa e agachamento, sistema similar aquele desenvolvido dentro de penitenciárias, tal como a prática do resgate.

O relatório aponta ainda que as instituições desrespeitam a diversidade sexual, com atitudes que indicam a tendência de repressão à expressão das sexualidades e tratam a questão como problemática.

A relação sexual entre internos é proibida, havendo caso até mesmo de internação de uma travesti em ala masculina da CT, tudo para evitar a prática de atos sexuais entre os acolhidos, mesmo ferindo preceitos e garantias constitucionais.

Do relatório estudado, constam, por exemplo, depoimentos de internos confirmando a internação de uma mulher transexual, filha de uma funcionária pública do alto escalão do Estado de São Paulo, com o simples objetivo afastar a prática de condutas consideradas socialmente indesejáveis.

O item relatado na inspeção acerca da internação de adolescentes em CTs pode parecer ultrapassado diante da Resolução nº 03 de 2020, publicada em 24 de julho de 2020 que regulamenta, no âmbito do SISNAD, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas em CTs.

Contudo, mesmo estando essa situação regulamentada pelo SISNAD, é essencial que se estabeleça o debate como método de enfrentamento e combate às internações e reclusões de adolescentes em CTs.

Apesar da Resolução nº 03 de 2020 do SISNAD impor regras a serem observadas para a internação de jovens que sofram com transtorno mental derivado do uso, abuso ou dependência de substâncias entorpecentes, é certo que essa prática já era muito comum antes mesmo do advento da sua regulamentação, e que a situação na prática não foi sequer levemente melhorada com a promulgação da norma jurídica.

Como suscitado no relatório, durante o período de inspeções nas 28 (vinte e oito) CTs eleitas como objeto de vistorias, foi constatada a internação de uma criança de apenas 11 (onze) anos de idade, em cumprimento a ordem judicial, na cidade de Itamonte, em Minas Gerais.

Ocorre que os jovens, quando privados de sua liberdade dentro dessas instituições, além de não gozarem dos seus direitos individuais, também ficam impossibilitados de desenvolver os seus estudos e estar na companhia familiar, o que é o núcleo do tratamento desenvolvido pela RAPS.

No caso concreto, o relatório aponta que a criança compartilhava o espaço com adolescentes desconhecidos de até 18 (dezoito) anos de idade, em condições precárias tanto no âmbito sanitário quanto no âmbito estrutural.

Em apenas 2 (duas) instituições vistoriadas foram identificadas internações exclusivas de adolescentes do sexo masculino, sendo que em todas as outras o convívio de adolescentes com adultos é bastante frequente, inclusive com o compartilhamento de dormitórios.

Segundo o relatório, as razões que justificaram essas internações dos adolescentes consistem em solicitação da família, encaminhamento do Conselho Tutelar ou ordem judicial. Em todos esses casos, vislumbra-se a violação do direito do indivíduo, que nesses casos estão sob a tutela do Estado, ao acesso à atenção a saúde mental, segundo os preceitos vigentes a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Outra dimensão importante a ser abordada sobre a internação de adolescentes em CTs é a exploração do trabalho infantil para manutenção da

residência de acolhimento, neste caso também sob o falso pretexto de desenvolvimento da laborterapia como método terapêutico.

O ordenamento jurídico pátrio proíbe veementemente a exploração do trabalho infantil e o desempenho de trabalho por adolescentes, ressalvadas situações específicas previstas em lei.

Neste caminho, é patente que o acolhimento de adolescentes dentro dessas instituições, além de impossibilitar o desenvolvimento educacional do ser humano, também acarreta violação de direitos e garantias individuais, e proporciona o enriquecimento dessas instituições com o trabalho gratuito desses jovens em situação de isolamento em inobservância às regras legais.

Neste sentido, tratando-se de desvio de finalidade das CTs, é importante ressaltar que o relatório derivado da inspeção nacional em CTs aponta que diversas internações foram observadas sem qualquer relação com o uso ou abuso de álcool e/ou outras drogas, apresentando-se como verdadeiras internações psiquiátricas no modelo manicomial, extinto desde 2001, com o advento da Lei que instituiu a Reforma Psiquiátrica.

Como exemplo do desvio de finalidade dessas instituições, o relatório aponta o acolhimento de idosos sem problemas associados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, o acolhimento de moradores de rua e até mesmo o acolhimento de indivíduos com comportamentos considerados moralmente desviantes da norma.

A internação de idosos foi caracterizada como internação de longa duração de natureza asilar, sendo que a atenção aos idosos é realizada pelos próprios usuários do serviço que igualmente não gozam de qualquer habilidade técnica para isso e nem tampouco são remunerados para o serviço desempenhado.

O relatório aponta ainda que nas CTs inspecionadas foram observados diversos casos de internações psiquiátricas, ou seja, de indivíduos sem qualquer vínculo com o consumo ou dependência de álcool e/ou outras drogas, mas com transtornos mentais, e que são acolhidos nessas instituições como medida de exclusão social e segregação do doente mental.

Mais uma vez as diretrizes dessas instituições se mostram em completo descompasso com a Reforma Psiquiátrica e os princípios da luta antimanicomial, posto que a liberdade do doente mental é suprimida sob um discurso de tratamento que faticamente nunca foi observado, tratando-se verdadeiramente de uma política higienista e de retrocessos na luta pelas garantias fundamentais.

O desvio de finalidade das CTs preocupa não apenas pela atividade desenvolvida, mas também pela péssima infraestrutura que foi observada dentro dessas instituições.

Várias irregularidades sanitárias que contrariam a RDC nº 29/11 da ANVISA foram identificadas, dentre elas o compartilhamento de um único chuveiro por mais de 20 (vinte) usuários em acolhimento, banheiros sem porta, o que limita a privacidade do usuário, ausência de água potável, instalações elétricas irregulares, ausência de água quente para o banho, falta de refeitório, entre outras.

Também foi comum o fato de as instituições inspecionadas não terem alvará sanitário, que é um requisito legal para o seu funcionamento e, mesmo assim, as instituições receberem subsídios públicos para a manutenção de acolhimento dos usuários.

A ausência de área para a prática do lazer, bem como de atividades educativas dentro dessas instituições, foi um padrão constatado na maioria das instituições, o que denota a impossibilidade de realização de qualquer terapia voltada para a saúde dos usuários em acolhimento, com notória perda de objetivo na própria existência dessas instituições.

Tantas demonstrações de irregularidades praticadas por essas CTs revelam que as fiscalizações vêm sendo pouco eficazes até porque quando realizadas não aplicam qualquer penalidade às instituições irregulares.

Foi constatado que o controle externo realizado nestes locais comumente é praticado pela Vigilância Sanitária e pelo Ministério Público Estadual e já com menos intensidade pelos Conselhos Tutelares e pelo Corpo de Bombeiros.

Contudo, mesmo onde foram localizadas as práticas de fiscalização, não foram encontrados indícios de ação para solucionar os problemas localizados, sem nenhuma ação anunciada neste sentido, o que torna a fiscalização inócua e indiferente.

Por fim, o relatório apurou a origem dos recursos financeiros injetados nessas instituições com notório caráter asilar e similar aos extintos manicômios para acolhimento de pessoas com diversos tipos de transtornos mentais distintos na mesma vala comum.

Dentre as 28 (vinte e oito) instituições inspecionadas, 18 (dezoito) delas recebem algum tipo de subsídio público, seja pelo ente Municipal, Estadual ou Federal, apontando desta forma a crescente participação das CTs na política atual de combate às drogas do Brasil.

É por meio dos recursos destinados à política sobre as drogas que as CTs vêm acessando verbas do Governo Federal e desempenhando essa atividade própria do Estado.

O financiamento pelo Estado dessa atividade que se revela, pelas características acima apontadas, como essencialmente econômicas, não se restringe à compra estatal por serviços prestados; estende-se também para outras formas de financiamento, como subsídios públicos por meio de concessão de isenções de impostos, doações de alimentos, terrenos e energia elétrica, custeio do trabalho de alguns profissionais, entre outras situações que foram analisadas.

Como apontado no próprio relatório, o desfecho final de todas as situações verificadas na 1ª Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas foi o encaminhamento deste mesmo relatório final para subsidiar o trabalho de articulação estabelecido em cada localidade para engendrar ações como o encaminhamento de denúncias e de solicitações de vistorias pelos órgãos públicos que têm competência em relação aos problemas identificados, ou seja, diante da impossibilidade de tomada de decisões do Grupo de Trabalho instituído para a inspeção, a expectativa foi de que o resultado do trabalho subsidiasse a continuidade da parceria instituída em cada um dos Estados visitados durante o período de inspeção.

Neste diapasão, tendo em vista que o relatório foi elaborado em 2017, ou seja, antes da nova política de drogas ser desenvolvida no território nacional pelo governo do Presidente da República Jair Bolsonaro, questionava-se a transferência de verba pública para essas instituições diante da subjetiva capacidade das CTs prestarem serviços que podem ser referendados pelo Estado.

Após o início da gestão do atual governo (2018-2022) a política de drogas foi significativamente alterada, quando então as CTs passaram a integrar de forma aberta e irrestrita a política nacional, ganhando subsídios públicos e força política em detrimento dos próprios estatais que já desempenhavam o mesmo serviço há anos por meio da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

Diante dessas considerações acerca das irregularidades apuradas durante as inspeções realizadas dentro das CTs, é medida importante apontar qual é o lugar ocupado por essas instituições na atual política de drogas do Brasil e para onde aponta.

### **3.4. A atual situação das CTs no Brasil**

Como é sabido, as políticas públicas devem ser avaliadas constantemente, a fim de que se busque a prestação de um serviço público eficiente e integral, principalmente quando se refere às políticas públicas na esfera da saúde pública.

Como já dito anteriormente, o discurso travado para impor uma guerra às drogas fez com que o tratamento de usuários que sofrem com transtornos mentais em virtude do consumo de álcool e/ou outras drogas pelo sistema de saúde se tornasse uma política pública estatal, por meio da Rede de Atenção Psicossocial e realizado por todos os seus equipamentos de saúde.

Contudo, diante da possibilidade da sua exploração enquanto uma atividade econômica extremamente lucrativa com esses usuários, o setor privado ingressou no mercado, seja para obter lucro, seja para pregar a sua própria religiosidade para pessoas em situação de vulnerabilidade, ou até mesmo em raras ocasiões para realmente auxiliar o tratamento desses indivíduos.

Mesmo contrariando todos os preceitos do SUS, da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, esse sistema de caráter nitidamente asilar ganhou grande

espaço no cenário nacional, gozando de subsídios públicos para o desenvolvimento da prestação de um serviço do qual o Estado já havia se aparelhado por longos anos para prestar diretamente.

No ano de 2017 o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) elaborou a Nota Técnica nº 21 de março de 2017, apontando a existência de mais de 1.800 (um mil e oitocentas) CTs em todo o território nacional, sendo que dentre elas, apenas 300 (trezentas) recebiam recursos públicos.

Essas CTs representam apenas um, dentre vários outros modelos de atenção a pessoas com transtornos mentais derivados do uso e/ou abuso de substâncias entorpecentes, e vem crescendo dia após dia em todo o Brasil, ganhando força financeira e política com a atuação de parlamentares religiosos e até gestores dessas instituições, o que facilita o acesso ao subsídio por parte dessas empresas.

Na instância política, merece destaque correlacionar a Frente Parlamentar montada para a defesa de seus interesses no Legislativo e a capacidade de crescimento das CTs. É importante citar DOUDEMMENT (2018):

A primeira FP voltada à defesa das CTs foi criada em 2011, pelo deputado Eros Biondini, como Frente Parlamentar Mista em Defesa das CTs. Como o próprio nome diz, tratava-se de uma frente composta por deputados e senadores. Sua constituição se deu em um momento muito importante para as CTs, pois em junho de 2011, como já mencionado, fora aprovada a RDC no 29/2011, da Anvisa, que regulamentou as condições mínimas de funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPAs. Essa resolução permitiu a essas entidades obterem financiamento público federal, algo que veio a ocorrer em 2012 com o programa Crack, É Possível Vencer. A Frente Parlamentar Mista em Defesa das CTs foi criada em 20 de abril de 2011, ou seja, cerca de dois meses antes da publicação da referida resolução. Se há alguma relação entre a criação da frente e a resolução da Anvisa, somente uma pesquisa mais aprofundada poderá confirmar. Porém, não é difícil imaginar um cenário de lobby ou pressão política no contexto abordado.

Já no ano de 2018, por meio do edital de credenciamento nº 01/2018 o Ministério da Justiça credenciou 412 (quatrocentos e doze) CTs para o desenvolvimento de um serviço público, dentro de um universo de 614 (seiscentos e quatorze) instituições inscritas no certame.

Significa dizer que no primeiro ano de gestão do governo do Presidente da República Jair Bolsonaro, o número de CTs que recebem subsídios públicos

aumentou em 38% (trinta e oito por cento), ao passo que a receita destinada à Rede de Atenção Psicossocial foi drasticamente diminuída, num percentual de mais de 90% (noventa por cento) em comparação com os últimos 10 (dez) anos, como já suscitado anteriormente.

Contudo, esse número representa apenas as instituições credenciadas para obter recursos destinados pelo Governo Federal, excluindo as demais instituições que gozam de convênios administrativos com Municípios e Estados e também recebem subsídios públicos desses entes federativos. É exemplo dessa situação, o Termo de Contrato nº 66/2019 celebrado entre o Município de União da Vitória do Estado do Paraná com a empresa Centro de Recuperação Nova Esperança – CERENE, pelo qual a municipalidade contratou os serviços da CT para acolhimento de 01 (um) indivíduo com transtornos mentais derivados do uso ou abuso de álcool e/ou outras drogas, em virtude de ordem judicial, por um período de 6 (seis) meses, no valor mensal de R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais), perfazendo o contrato o valor total de R\$ 9.000,00 (nove mil reais), podendo haver a renovação do contrato pelo mesmo período.

Essas despesas com internações involuntárias e/ou compulsória seriam evitadas com o investimento de recursos públicos na Rede de Atenção Psicossocial, principalmente no CAPS-ad, que foi constituído com a finalidade de zelar por esses usuários, sem que fosse necessário o seu isolamento social em caráter asilar.

Ademais, a fiscalização da atividade desenvolvida por essas instituições além de precária é extremamente morosa, tendo em vista que quando realizada pelo Ministério Público Estadual demanda a propositura de ação judicial para o encerramento das atividades da empresa, quando irregular.

A exemplo, importante citar o que restou decidido pela 3ª Câmara de Direito Público do Tribunal de Justiça de São Paulo, nos autos do Processo nº 1036716-70.2014.8.26.0114, promovido pelo Ministério Público de São Paulo em face de uma CT e seus diretores.

No caso suscitado, por meio de Ação Civil Pública (ACP) o representante do Ministério Público solicitou na esfera judicial a interdição e o fechamento da CT “Multifamiliar Luz e Fé”, localizada na Comarca de Campinas/SP.

O processo que teve início em 2014 somente foi julgado definitivamente em 12 de novembro de 2019, ocasião em que a clínica teve suas atividades encerradas definitivamente, além de seus diretores estarem proibidos de iniciar nova atividade econômica no mesmo ramo.

Para tanto, por meio de denúncia anônima o Ministério Público realizou a vistoria técnica da instituição e constatou que 3 (três) indivíduos que estavam acolhidos ali foram agredidos fisicamente e trancafiados por uma semana dentro de um quarto, em nítido cárcere privado.

As agressões constatadas contavam com hematomas nos olhos e marcas nas pernas dos acolhidos, estas últimas decorrentes de mordida de cachorros, já em processo infeccioso, que eram soltos propositalmente para impedir a fuga dos usuários.

Ocorre que a Resolução nº 01/2015 do CONAD que regulamenta o funcionamento das CTs não é clara e nem objetiva no que tange aos órgãos fiscalizadores, sem atribuir essa competência para qualquer órgão específico e sem cobrar respostas concretas neste sentido, o que viabiliza que esse tipo de comportamento seja praticado comumente dentro dessas instituições.

Outro aspecto importante a ser analisado é a atuação da Federação Brasileira de CTs (FEBRACT) na contramão das políticas públicas de saúde, travando avanços científicos e sociais há muito tempo desejáveis.

Com o avanço e a expansão dessa atividade econômica, a FEBRACT ganhou destaque no parlamento e passou a resguardar seus interesses por meio do Poder Legislativo, trancando pautas importantes para o desenvolvimento científico-social do país.

A atuação da FEBRACT contra a regulamentação do consumo de produtos medicinais fabricados a base da Cannabis é um exemplo da intervenção da

atividade econômica nas políticas públicas de saúde e exemplifica o destaque adquirido por essas entidades.

Em 9 de dezembro de 2019 foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada –RDC nº 327 de 2019 pela ANVISA, vinculada ao Ministério da Saúde, que dispõe sobre o procedimento para concessão da autorização sanitária para fabricação, importação, comercialização, prescrição e fiscalização de produtos de Cannabis, para fins medicinais.

São diversos os estudos que apontam os benefícios dos remédios à base da Cannabis para as mais distintas patologias e neste sentido é importante citar a pesquisa de GONÇALVES (2014):

Há milhares de anos que se tem registro do uso da Cannabis sativa no preparo de “poções mágicas”, que serviam como milagrosos curadores de ferimentos. De fato, extratos das partes superiores da planta e sua folhagem apresentam subprodutos como pomadas e cremes de alto poder cicatrizante. Sob o aspecto social, ajuda a combater a depressão, despertando nos pacientes que possuem AIDS, forças para lutar contra essa doença, além de amenizar a dor desses enfermos. Outras vantagens como o “abrir o apetite” causado pela Cannabis, vem ajudando também no tratamento de doentes de câncer e AIDS. Ela estimula o apetite, aumentando o prazer que se tem ao comer, e devido à secura que provoca na boca, acarreta em maior ingestão de líquidos. A maconha hoje é administrada clinicamente (em países onde a legislação é mais tolerante) em tratamentos de câncer. Regula o aparelho gastrointestinal, reduz náuseas e vômitos. O THC traz um efeito anestésico após uso oral, o que alivia a dor em pacientes pós-quimioterápicos. Os efeitos podem ser comparados aos da morfina quando é atribuída uma dosagem pequena

Contudo, mesmo após esse grande avanço, resultado de anos de luta para a regulamentação do uso de medicação criada à base da Cannabis, a norma como estabelecida proíbe o cultivo da planta para a produção do próprio medicamento, o que favorece a indústria farmacêutica que ganha o monopólio do mercado e desenvolve o lucro com a comercialização desses fármacos.

Foi neste sentido que o então Deputado Federal Fabio Mitidieri (PSD) apresentou o Projeto de Lei nº 399/2015 em 23 de fevereiro de 2015, em trâmite no Congresso Nacional, para viabilizar a comercialização de remédio fabricado à base da Cannabis em todo o território nacional, o que evitará o processo burocrático estabelecido pela ANVISA para a obtenção da autorização de comercialização e uso dessas medicações.

No entanto, em 24 de agosto de 2020, na Cidade de Campinas, a FEBRACT apresentou a nota contrária à aprovação do referido projeto de lei, impulsionando parlamentares da bancada da fé e gestores de CTs a se posicionarem de forma contrária à nova legislação.

Mais uma vez a comunidade científica está perdendo espaço no território nacional para conceitos religiosos sem qualquer embasamento científico e obstando o progresso social que poderia viabilizar o acesso a medicações para milhares de famílias de baixa renda com problemas graves de saúde.

Dessa forma, constata-se mais uma vez que uma política na área da saúde mental orientada pelo proibicionismo desenvolvida pelo Estado e que redundava na violação e no cerceamento da vida privada do indivíduo, e que coincide com o exponencial crescimento das CTs, vem servindo como um retrocesso às grandes conquistas sociais como a Reforma Psiquiátrica, a luta antimanicomial e os princípios norteadores do SUS.

A expansão das CTs atacou diretamente o financiamento da RAPS que perdeu subsídios públicos a favor do financiamento dessas instituições que desenvolvem um serviço de caráter asilar com notória violação de direitos dos usuários.

Em contrapartida, a bancada religiosa no Congresso Nacional tem ganhado força com relação ao aumento do subsídio público para essas instituições que, mormente serem mantidas por outras instituições religiosas, geram lucro questionável do ponto de vista da obediência dos preceitos constitucionais que conformam a saúde como um direito. Ao contrário, pelo o que se constata no Relatório acima, prestando serviços que violam os direitos constitucionais dos cidadãos.

Com a existência de milhares dessas instituições asilares em todo o território nacional e diante do fácil acesso à sua criação em virtude do subsídio público, somando-se ao fato do crescente problema social com o consumo de substâncias entorpecentes, as CTs parecem ser uma boa alternativa apenas para quem busca uma política higienista, limpando as ruas das grandes cidades e enclausurando os

usuários e/ou dependentes de substâncias químicas nessas instituições sem qualquer projeto individual de tratamento.

O isolamento social, o trabalho forçado, a violação de direitos, o cárcere privado, a violência física e psíquica, a intolerância religiosa e a incomunicabilidade parecem ser premissas que norteiam o trabalho desenvolvido por essas instituições, que ganham espaço na política de drogas no Brasil a cada ano em detrimento de um serviço público estatal desenvolvido pelo SUS e resultado de uma luta travada por anos pela humanização do tratamento do doente mental.

Neste cenário é que estão inseridas as CTs, contrariando as diretrizes de humanização, os princípios da Reforma Psiquiátrica e no descaminho do movimento antimanicomial, razão pela qual não parece ser esta a melhor alternativa adotada pelos gestores públicos no tratamento de indivíduos com transtornos mentais derivados do uso, abuso ou dependência de álcool e/ou outras drogas.

## CONCLUSÃO

A rede de proteção social no Brasil impõe ao Estado a necessidade da promoção da saúde mental, entendida como direito de todos e obrigação do próprio Estado, a ser garantida por meio de políticas públicas, sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos, de maneira universal e igualitário, conforme disposto no artigo 196 da Constituição Federal.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e o avanço da Reforma Psiquiátrica, os indivíduos portadores de transtornos mentais decorrentes do consumo, abuso ou dependência de álcool e outras drogas passaram a ganhar o eixo central no cuidado e atenção aos transtornos mentais em detrimento ao que era realizado no passado, quando o indivíduo era excluído do seu convívio social de maneira a higienizar a sociedade, sem garantia de direitos do paciente.

É justamente no exercício do dever de promover a saúde mental que o Estado desenvolve políticas públicas para o tratamento desses indivíduos dependentes de substâncias entorpecentes, sempre observando o tratamento extra-hospitalar, de base comunitária, respeitadas a sua liberdade individual e a garantia dos seus direitos.

Foi almejando a garantia dos direitos desses indivíduos e a promoção de políticas públicas para o tratamento dos transtornos mentais que foi promulgada a Lei nº 10.216 de 2001, como resultado da Reforma Psiquiátrica, garantindo direitos ao indivíduo e impondo ao Estado o dever de desenvolver a Política Nacional de Saúde Mental.

Na promoção da Política Nacional de Saúde Mental o Estado criou o CAPS-ad, objetivando garantir o tratamento desses indivíduos com respeito aos direitos humanos e a autonomia da sua vontade, além de promover o acesso aos serviços de atenção à saúde de forma humanizada e centrada nas necessidades da pessoa, ofertando o cuidado integral com assistência multiprofissional na lógica da interdisciplinaridade.

A política adotada pelo Estado de redução de danos a esses indivíduos é fundamentalmente baseada na promoção de cuidados à saúde, especialmente para grupos mais vulneráveis, visando promover a reinserção social e reabilitação das pessoas com transtornos mentais em decorrência do consumo de substâncias entorpecentes, além de desenvolver ações intersetoriais de prevenção em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil.

Com a promulgação do Estatuto da Pessoa com Deficiência, instituído pela Lei nº 13.146 de 2015, foi garantido que o indivíduo portador de transtornos mentais não poderá ser submetido de maneira obrigatória à intervenção clínica, a tratamento ou institucionalização forçada, o que violaria seus direitos individuais.

Essas premissas estão em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica que busca a humanização do tratamento do doente mental e a extinção do isolamento social por meio de internações de longa duração que não gozam de qualquer cientificidade como método terapêutico.

Contudo, ainda que o Estado possua instrumentos próprios para esse tratamento, desde meados de 2015 a RAPS, da qual faz parte o CAPS-ad, passou a sofrer cortes de recursos públicos como forma de enfraquecimento desse mecanismo estatal de tratamento das pessoas com transtornos mentais em decorrência do uso ou dependência de álcool e/ou outras drogas.

Esse corte de recursos foi objeto de uma nova política de assistência ao doente mental que objetiva a transferência da promoção desse cuidado da saúde para o setor privado da economia, subsidiado com recursos públicos em garantia do serviço, notadamente as comunidades terapêuticas.

Outro fator que demonstra cabalmente a irrelevância despendida pelo governo a esses indivíduos foi a transferência da Política Nacional de Drogas para o Ministério da Cidadania, que não goza nem de tradição de prática nem de quadro de pessoal com formação técnica suficiente para desenvolver políticas de saúde mental.

Contudo, conforme foi suscitado neste estudo, as comunidades terapêuticas, que expandiram a sua atividade econômica na década de 1990, em nada se

assemelham com o modelo proposto por Maxwel Jones na Inglaterra, que quando criou o modelo comunitário objetivava a integração do doente mental na sociedade e o seu tratamento multidisciplinar com planos terapêuticos individuais para cada paciente.

No Brasil, essas instituições possuem caráter nitidamente asilar e em oposição ao Estado, que trabalha com a política de redução de danos, elas desenvolvem a política de completa abstinência como alternativa aos transtornos mentais decorrentes da dependência de substâncias entorpecentes.

Alguns fatos verificados nessas instituições tais como a restrição da liberdade individual, a violação a correspondência, a laborterapia como método de trabalho forçado, os castigos físicos, a intolerância religiosa e a ausência de técnicas terapêuticas legítimas cientificamente não corroboram os princípios do movimento pela Reforma Psiquiátrica.

Neste sentido, o relatório da 1ª Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas de iniciativa do Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) aponta a violação de diversos direitos dos pacientes acolhidos nessas instituições com grande semelhança dessas CTs com os antigos manicômios, extintos como consequência da luta pela humanização do tratamento do doente mental.

É patente que o indivíduo com transtornos mentais derivados da dependência de substâncias entorpecentes na maioria dos casos não está em gozo da sua plenitude mental e, por conseguinte, afastá-lo do convívio social como método terapêutico não pode ser apontado como técnica apta a resolver o transtorno apresentado.

O fato é que, independentemente da causa do transtorno mental, todas as pessoas gozam do direito à dignidade humana, garantido constitucionalmente pela Carta Magna de 1988 e aos direito à vida e à liberdade, previstos no artigo 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que devem ser respeitados e garantidos pelo Estado.

Contudo, esses direitos não estão garantidos no caso dos internos nas CTs, que desenvolvem um serviço público com nítido caráter asilar e higienista remunerado pelo próprio Estado em virtude do enfraquecimento do CAPS-ad.

Ocorre que o enfraquecimento da RAPS com o conseqüente fortalecimento das comunidades terapêuticas parece ser verdadeiramente uma escolha política de terceirização da promoção da saúde mental independentemente da garantia dos direitos conquistados após a luta travada por muitos anos por meio da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A forma de atuação dessas instituições, notadamente com restrições à liberdade individual em virtude da maioria ser localizada em locais de difícil acesso, com a retenção forçada de documentos pessoais dos acolhidos e a imposição de multa em virtude da desistência voluntária do tratamento, não está em harmonia com os preceitos norteadores da luta pela humanização do tratamento do doente mental.

Os relatos de internações de crianças e adolescentes, além de agressões físicas desferidas contra pacientes acolhidos nessas instituições, somando-se à ausência de plano terapêutico individual, à falta de garantias aos direitos individuais e tantos outros abusos constatados, apontam que as comunidades terapêuticas não são estabelecimentos suficientemente aptos ao desenvolvimento dessa política pública. Agrega-se a isto o fato de o Estado não fiscalizar essas instituições da maneira correta, a fim de garantir a efetividade dos direitos fundamentais dos acolhidos.

Portanto, conclui-se que a Política Nacional de Combate às Drogas, do Ministério da Cidadania e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Ministério da Justiça e Segurança Pública não estão observando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do movimento antimanicomial no que tange ao tratamento de indivíduos com transtornos mentais em decorrência do uso ou abuso de álcool e/ou outras drogas, o que demanda a retomada dessa política pelo Ministério da Saúde, com o conseqüente fortalecimento dos mecanismos próprios estatais como o CAPS-ad para o desenvolvimento dessa atividade caracterizada como um direito de todos e um dever do Estado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BARDI, G.. **Comunidade terapêutica religiosa: um pântano na busca por ajuda**. In: 7º Encontro Internacional de Política Social e 14º Encontro Nacional de Política Social, 2019, Vitória. Anais do 7º Encontro Internacional de Política Social e 14º Encontro Nacional de Política Social. Vitória: Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social, 2019. v. 1. p. 1-16.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. **Comunidades Terapêuticas: “NOVAS” PERSPECTIVAS E PROPOSTAS HIGIENISTAS**. Hist. cienc. saude-Manguinhos, - Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 1231-1248, Dezembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundo Nacional de Saúde**. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/comparativo>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Acesso em 28 de junho de 2020.

CARVALHO, JC de. **Uma história política da criminalização das drogas no Brasil: a construção de uma política nacional**. VI Semana de História e III Seminário Nacional de História: Política, cultura e sociedade, 2011.

COHN, Amélia. **“Caminhos da reforma sanitária”, revisitado**. Estud. av., São Paulo , v. 32, n. 93, p. 225-241, Aug. 2018.

COHN, AMÉLIA; COSTA, Y. V. C. -; FELIPE, M. G. **A laborterapia como violação dos direitos humanos como relatado na Primeira Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Unisanta Law and Social Science, v. 8, p. 36-53, 2019.

Da Silva, Meire Luci, Ferreira Guimarães, Camila, Bernardoni Salles, Daiane **Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas**. Rev Rene [online]. 2014, 15 (6), 1007-1015. ISSN: 1517-3852.

DOUDEMANT, M. L.; CONCEIÇÃO, V. N. M. . **FRENTE PARLAMENTAR EM DEFESA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**. In: Maria Paula Gomes dos Santos. (Org.). CTs: temas para reflexão. 1ed.Rio de Janeiro: IPEA, 2018, v. , p. 9-.

**ESTRATÉGIA ANTIDROGAS NO HEMISFÉRIO**. Disponível em: [http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/main/aboutcicad/basicdocuments/estrategia\\_spa.asp](http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/main/aboutcicad/basicdocuments/estrategia_spa.asp)

FERRAZZA, D. A.; SANCHES, R. R.; ROCHA, L. C.; JUSTO, J. S.. **Comunidades Terapêuticas em novas configurações do manicomialismo**. ESTUDOS CONTEMPORANEOS DA SUBJETIVIDADE, v. 7, p. 363-375, 2017.

FIESTAS, Fabián; PONCE, Javier. **EFICACIA DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO DE PROBLEMAS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**. Rev. perú. med. exp. salud publica, Lima , v. 29, n. 1, p. 12-20, março de 2012 .

Filippon, JG. **A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil**. Saúde em Debate, v. 39, p. 1127-1137, 2015.

FOUCAULT, M. **Curso realizado no Instituto de Medicina Social da UERJ, 1974**, 1ª Conferência, pag. 1, mimeografado, Rio de Janeiro.

FRACASSO, Laura. **As mudanças no processo de criação das Comunidades Terapêuticas**. In: KERR-CORREA, F.; MAXIMIANO, A. Z.; FRACASSO, L.. (Org.). Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de CTs. 1ed.: , 2014, v. 1, p. 37-46.

GALINDO, Dolores; PIMENTÉL-MÉLLO, Ricardo; MOURA, Morgana. **Comunidades Terapêuticas para pessoas que fazem uso de drogas: uma política de confinamento**. Barbarói, v. 2, n. 50, p. 226-244, 2017.

GEHRING, Marcos Roberto. **Drogas, violência e políticas sociais: Estudo de uma comunidade terapêutica**. 2014.

GIAMBERARDINO, André Ribeiro. **TRÁFICO DE DROGAS E O CONCEITO DE CONTROLE SOCIAL: REFLEXÕES ENTRE A SOLIDARIEDADE E A VIOLÊNCIA**. Revista Brasileira de Ciências Criminais. São Paulo, 2010, n. 83, pg. 224.

GOFFMAN, Erving. **Manicônios, Prisões e Conventos**, São Paulo, Perspectiva, 1974.

Gonçalves AM, Sena RR. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. Rev. Latino-am Enfermagem 200.

GONÇALVES, GABRIEL AUGUSTO MATOS; SCHLICHTING, CARMEN LÚCIA RUIZ. **EFEITOS BENÉFICOS E MALÉFICOS DA Cannabis sativa**. REVISTA UNINGÁ REVIEW, [S.l.], v. 20, n. 1, out. 2014. ISSN 2178-2571.

GUIMARÃES, Bernardo Strobel. **FORMAS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO**. Disponível em <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/85/edicao-1/formas-de-prestacao-de-servicos-publicos>

LARENTIS, Chalana Piva. **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS E A PSICOLOGIA**. Aletheia, nº 37, Canoas, abril 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a09.pdf>

**LEVANTAMENTO NACIONAL DE INFORMAÇÕES PENITENCIÁRIAS – DEZEMBRO DE 2019**. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/infopen>.

MING, Shi. **1839: CHINA PROÍBE IMPORTAÇÃO DE ÓPIO.** Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/1839-china-pro%C3%ADbe-importa%C3%A7%C3%A3o-de-%C3%B3pio/a-473490>.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. **A COMUNIDADE TERAPÊUTICA PARA RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL: MÃO OU CONTRAMÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA?.** Ciênc. saúde coletiva, - Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 569-580, Fev. 2014

PITTA, Ana. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas,** 2011.

REAGAN, R. **SPEECH TO THE NATION ON THE CAMPAIGN AGAINST DRUG ABUSE,** 14/9/1986, In.: TARSO, Araújo. Almanaque das Drogas. São Paulo: Leya: 2012, p. 80.

**Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 /** Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.

REVADAME, Rafael. **50 anos em 5: como o Brasil está regredindo décadas na luta antimanicomial, 2020.** Disponível em: <<http://www.comciencia.br/50-anos-em-5-como-o-brasil-esta-regredindo-decadas-na-luta-antimanicomial/>>. Acesso em 26 de fevereiro de 2020.

RODRIGUES, Thiago. **Narcotráfico e militarização nas Américas: vício de guerra.** Contexto int., Rio de Janeiro , v. 34, n. 1, p. 9-41 - June 2012 .

SABINO, Nathalí Di Martino; CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. **Comunidades Terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas.** Estud. psicol. (Campinas), Campinas , v. 22, n. 2, p. 167-174, - June 2005

SERRANO, A. Í. **O QUE É PSIQUIATRIA ALTERNATIVA?** 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

TINOCO, Rui. **Comunidades terapêuticas livres de drogas–da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica.** Toxicodependências, v. 12, p. 21-30, 2006.