I INTERNATIONAL EXPERIENCE PERUGIA - ITÁLIA

CONSTITUCIONALISMO TRANSFORMADOR: IMPACTOS DEMOCRÁTICOS II

FERNANDO DE BRITO ALVES

JOSÉ ANTONIO DE FARIA MARTOS

Copyright © 2025 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU – São Paulo
Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio – Rio de Janeiro
Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão
Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Fernando Passos – UNIARA - São Paulo
Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo
Secretarias
Relações Institucionais:
Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia
Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal
Comunicação:
Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe
Relações Internacionais para o Continente Americano:
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do sul
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão
Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM – São Paulo
Relações Internacionais para os demais Continentes:
Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará
Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul
Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI – Santa Catarina
Educação Jurídica
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP
Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello – UFMS – MS
Eventos:
Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo
Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina
Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Comissão Especial
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ
Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG
Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

C758

Constitucionalismo Transformador: Impactos Democráticos II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Fernando De Brito Alves, José Antonio de Faria Martos. – Florianópolis: CONPEDI, 2025.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5274-098-4
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Inteligência Artificial e Sustentabilidade na Era Transnacional

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Internacionais. 2. Constitucionalismo Transformador. 3. Impactos Democráticos. I International Experience Perugia – Itália. (1: 2025 : Perugia, Itália).

CDU: 34

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

I INTERNATIONAL EXPERIENCE PERUGIA - ITÁLIA

CONSTITUCIONALISMO TRANSFORMADOR: IMPACTOS DEMOCRÁTICOS II

Apresentação

Constitucionalismo Transformador: Impactos Democráticos II

É com imensa satisfação que apresentamos o resultado dos trabalhos do GT "Constitucionalismo Transformador: Impactos Democráticos II", do I International Experience - Perúgia/Itália 2025, que é marcado por ser uma proposta inovadora do CONPEDI, que criou um espaço de intensa interação entre pesquisadores brasileiros e italianos e promovendo um rico intercâmbio acadêmico.

Este volume é o resultado de uma cuidadosa seleção de artigos, cada qual uma peça fundamental para compreender os desafios e as oportunidades que moldam o Direito em nossa era. Convidamos você a uma jornada intelectual que transcende as fronteiras do convencional, explorando as interconexões entre as mais diversas áreas do saber jurídico.

Em um mundo cada vez mais digitalizado, a primeira parte desta coletânea mergulha nos dilemas e nas transformações que a tecnologia impõe ao Direito. Os artigos abordam, com profundidade, os desafios multifacetados da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), com foco especial em sua implementação nos cartórios extrajudiciais e na necessidade de ir além da mera segurança jurídica para garantir a proteção constitucional dos dados. Paralelamente, exploramos o impacto revolucionário da Inteligência Artificial (IA) no âmbito jurídico. Discutimos não apenas suas funcionalidades e o potencial para otimizar a prática forense, mas também os desafios éticos e práticos que essa nova realidade nos impõe. De forma inovadora, a IA também é apresentada como um mecanismo crucial na mitigação dos efeitos das mudanças climáticas, projetando a concretização da justiça climática e demonstrando a versatilidade e a abrangência da tecnologia como ferramenta de transformação social e ambiental.

O segundo grande grupo de temas se dedica a um dos pilares do Direito contemporâneo: o constitucionalismo transformador. Analisamos o papel proeminente do Supremo Tribunal Federal e o fenômeno da judicialização da política, investigando como as decisões judiciais impactam a efetivação de direitos fundamentais, como o direito à saúde pública. Os artigos aprofundam a relação intrínseca entre a mutação constitucional e a teoria do constitucionalismo transformador, desvendando os desafios para a proteção de direitos em

um cenário de constantes redefinições sociais e políticas. Além disso, a coletânea propõe uma reflexão sobre a democracia constitucional frente ao neoliberalismo, delineando os limites e as possibilidades do projeto constitucional de 1988 na construção de uma sociedade mais justa e equitativa, e discutindo a accountability e a modulação de efeitos no controle de constitucionalidade em matérias tributárias.

Um dos eixos centrais desta coletânea é o compromisso com a inclusão social e a democratização do acesso à justiça. Discutimos a eficácia da mediação e conciliação como instrumentos vitais para garantir o acesso à justiça de povos indígenas no Amazonas, reconhecendo a importância das abordagens plurais no Direito. A obra também lança um olhar atento sobre as políticas públicas de saúde mental e a proteção da justiça social em comunidades terapêuticas, evidenciando a intersecção entre Direito e bem-estar social. A temática da inclusão é ampliada ao explorar os avanços e desafios legais na concretização do direito à inclusão de pessoas com transtornos globais de desenvolvimento e com deficiência no ensino superior, destacando o papel essencial das universidades brasileiras nesse processo. Por fim, abordamos as políticas públicas de proteção aos direitos fundamentais da população LGBTQIA+, seus desafios, avanços e perspectivas, e ressaltamos o papel da educação em direitos humanos e da escola pública como "última trincheira" na resistência ao neoliberalismo e na formação de uma esfera pública verdadeiramente democrática.

Também são abrodados temas de relevância prática e teórica para o cotidiano jurídico. Investigamos a dinamogênese do combate à corrupção e as alterações promovidas na Lei de Improbidade Administrativa, demonstrando a constante busca por mecanismos mais eficazes de controle e responsabilização. Analisamos a força das decisões no processo administrativo e tributário brasileiro, elucidando a complexidade e a importância da segurança jurídica nesse campo. Além disso, a coletânea dedica-se a uma análise do direito de família e sucessões, especificamente a comunicabilidade das quotas integralizadas através de distribuição indireta de lucros no regime da comunhão parcial de bens, um tema que gera debates e demandas crescentes.

Por fim, a coletânea dedica uma parte fundamental à temática da sustentabilidade e do direito ambiental, especialmente no contexto dos grandes desastres. Os artigos ressaltam a importância do processo coletivo na era das catástrofes ambientais, examinando casos emblemáticos como Brumadinho e Mariana. A formação participada do mérito no processo coletivo ambiental é apresentada como um caminho essencial para garantir a efetividade da justiça e a reparação dos danos, ao mesmo tempo em que se busca fortalecer a prevenção e a resiliência diante dos desafios ambientais que se impõem.

Esperamos que esta obra inspire novas pesquisas, fomente debates construtivos e, acima de tudo, contribua para a construção de um futuro jurídico mais justo, inovador e inclusivo!

Boa Leitura!!

Perúgia - Itália, primavera de 2025.

Prof. Dr. Fernando de Brito Alves

Universidade Estadual do Norte do Paraná

Prof. Dr. José Antonio de Faria Martos

Faculdade de Direito de Franca

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E O CENÁRIO NO AMAZONAS: UM OLHAR SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E A PROTEÇÃO DA JUSTIÇA SOCIAL

THERAPEUTIC COMMUNITIES AND THE AMAZONAS SCENARIO: A LOOK AT PUBLIC MENTHAL HEALTH POLICIES AND SOCIAL JUSTICE PROTECTION

Glaucia Maria de Araújo Ribeiro [1]
Alessandra Valle Salino [2]

Resumo

A pesquisa descreve o cenário das Comunidades Terapêuticas no Brasil, em especial no Amazonas, onde se constata uma trajetória peculiar a partir da inserção de financiamento público (2010), cujo modelo de atenção se baseia na abstinência e isolamento social durante o tratamento, bem diverso das diretrizes delineadas pela Reforma Psiquiátrica, como também pelas orientações do Ministério da Saúde. A metodologia adotada foi a dedutiva, a partir de análise de dados científicos secundários, em busca de exibir até que ponto o viés político pode ser mitigado ou exterminado. A falta de dados oficiais atuais do Amazonas é inconteste, mas os resultados indicam violações de direitos humanos e sociais, com abordagem exclusiva na crença religiosa cristã e profundo isolamento social durante o tratamento. Sendo crucial investimentos nos serviços públicos em saúde mental, capacitação de profissionais para a garantia de tratamentos mais inclusivos, priorizando a humanização e o respeito à dignidade dos internos.

Palavras-chave: Políticas públicas, Saúde mental, Justiça social, Violação de direitos humanos, Amazonas

Abstract/Resumen/Résumé

The research describes the scenario of Therapeutic Communities in Brazil, especially in Amazonas, where a peculiar trajectory is observed from the insertion of public funding (2010), whose care model is based on abstinence and social isolation during treatment, very different from the guidelines outlined by the Psychiatric Reform, as well as by the guidelines of the Ministry of Health. The methodology adopted was deductive, based on the analysis of secondary scientific data, in order to show the extent to which political bias can be mitigated or exterminated. The lack of current official data from Amazonas is undisputed, but the results indicate human and social rights violations, with an exclusive approach to Christian

[1] Professora da Universidade do Estado do Amazonas – UEA, Doutora em Saúde Coletiva – UERJ, Doutora em Direito e Justiça – UFMG, Email: gribeiro@uea.edu.br, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0695-5257

[2] Professora da UEA/AM, Vice Coordenadora do PPGSC/UEA-AM, Doutora em Saúde Coletiva – UERJ, Email: asalino@uea.edu.br, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1824-5685

religious belief and deep social isolation during treatment. It is crucial to invest in public mental health services, training professionals to ensure more inclusive treatments, prioritizing humanization and respect for the dignity of inmates.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Public policies, Mental health, Social justice, Human rights abuse, Amazon

1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades". Portanto, a saúde mental encontra-se inserida entre os aspectos mais importantes para a saúde, sendo um direito básico e fundamental[1]. É definida pela mesma organização por "um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza suas capacidades, supera o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e contribui de alguma forma para sua comunidade". Desta forma, fatores sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais desempenham papel fundamental na saúde mental e são determinantes para afetar o bem-estar emocional e psicológico das pessoas (World Health Organization, 2021).

Na Região das Américas, os transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias, juntamente com o suicídio, representam uma parte significativa da carga de incapacidade afetando um terço dos anos vividos com incapacidade (AVI)[2] e um quinto dos anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI). Isso indica a expressiva prevalência desses problemas de saúde mental e o impacto que eles têm na qualidade de vida das pessoas. Cerca de 8,2% da população com mais de 15 anos tem algum transtorno relacionado ao uso de álcool. Além disso, estima-se que 5,5% de todas as mortes e 6,7% dos AVAI sejam atribuíveis ao consumo de álcool, realçando a importância da abordagem do uso nocivo de álcool na saúde pública. Ademais alguns países figuram entre os 10 com as maiores taxas de suicídio no mundo (Organização Pan-Americana de Saúde, 2023).

No âmbito do financiamento público, em 2020, apenas 3% do total dos gastos estatais dos países das Américas foi destinado à saúde mental. Esse nível de investimento público é considerado baixo e sugere que a saúde mental não recebeu a atenção necessária para enfrentar os desafios existentes (Organização Pan-Americana de Saúde, 2023).

O Brasil instituiu, em 2003, a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, inserindo no cenário nacional a pauta da estratégia de redução de danos (Brasil, 2003). Em 2010, em meio a uma possível epidemia de crack no país, o governo federal lançou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Plano Crack), visando o acesso à tratamentos adequados, adotando medidas de ampliação dos recursos disponíveis para o cuidado aos usuários de drogas, passando a apoiar financeiramente as Comunidades Terapêuticas (CTs) (Brasil, 2020).

[1] Segundo a "Constitution of the World Health Organization" de 1946 (World Health Organization, 2020a).
[2] Os transtornos depressivos, de ansiedade e por uso de substâncias foram a segunda, quarta e quinta causas principais de AVI respectivamente (Organização Pan-Americana de Saúde, 2023, p.2).

As CTs são entidades privadas que oferecem acolhimento residencial temporário para pessoas que enfrentam problemas relacionados ao uso de drogas, cujo modelo de atuação é caracterizado na abstinência e no isolamento dos residentes durante o período de tratamento, sendo comum práticas terapêuticas baseadas em princípios espirituais e religiosos (Conectas Direitos Humanos, 2021).

A saúde mental impõe a necessidade de abordagens integradas que visem a manutenção do bem-estar devido a interconexão dos diversos fatores que a influenciam. Portanto, é dever do poder público a criação de políticas que abordem todos os determinantes relacionados à saúde mental.

A OMS, na 170ª Sessão do Comitê Executivo, destacou a necessidade urgente de ações coordenadas e políticas públicas eficazes para enfrentar os desafios e melhorar a saúde mental e o bem-estar na Região da Américas (World Health Organization, 2022a).

Diante das incitações levantadas a respeito da saúde mental e da complexidade do tema, esta pesquisa se propôs a descrever a atuação das CTs no Brasil, especificamente no Amazonas, com o intuito de contribuir de maneira significativa para a melhoria das políticas públicas. O encadeamento metodológico do estudo partiu do campo da saúde mental, considerando um ambiente social mais abrangente e pelo método dedutivo, a partir de dados secundários (quantitativos e qualitativos) sobre as CTs, extraídos de preceitos e diretrizes difundidos na reforma psiquiátrica, fundados no tripé inclusão social, tratamento humanizado e dinâmica de gestão pública do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa teve como limitação a carência de dados atualizados sobre as CTs brasileiras e sobretudo do Amazonas.

2. Políticas públicas antidrogas e a regulamentação das Comunidades Terapêuticas (CTS) no Brasil

As discussões a respeito das adversidades das drogas iniciaram-se no final da década de 1960, quando a OMS reuniu o Comitê de Especialistas em Farmacopendência para debater aspectos relacionados aos problemas de saúde pública derivados do uso crescente de drogas. À época, a dependência de drogas já era vista como uma relação complexa entre - a droga, o sujeito e o ambiente, sendo essencial abordagens voltadas às três facetas do problema (World Health Organization, 1970).

A OMS, ao longo dos anos, continuou tratando o assunto através do prisma multifatorial, evidenciando a complexidade do problema das drogas, reforçando a necessidade

de abordagem holística tanto na compreensão quanto no tratamento (World Health Organization, 2020b).

O Relatório Mundial sobre Drogas do UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime) 2023, apontou um aumento de 23% no consumo mundial de drogas em dez anos, onde 1 a cada 17 pessoas no mundo entre 15 e 64 anos (296 milhões de pessoas) consumiram algum tipo de droga em 2021, representando 5,8% da população mundial nesta faixa etária. Enfatizou que aproximadamente 39,5 milhões de pessoas no mundo, possuíam transtornos por uso de drogas[3], expressando um aumento de 45% na década de 2011-2021, Porém, somente 1 a cada 5 pessoas com transtornos recebia tratamento relacionado as drogas. Além de destacar a crescente prevalência de drogas sintéticas e a conexão entre o uso não médico de medicamentos e distúrbios relacionados ao uso de drogas. Mencionando os opioides, ansiolíticos, hipnóticos e psicoestimulantes, demonstrando que a dependência não se limita apenas as drogas ilícitas (United Nations Office on Drugs and Crime, 2023). Este cenário mundial recente, ressalta o crescimento do uso de drogas em escala global, evidenciando a premência de maiores investimentos e políticas públicas voltadas para prevenção, controle e tratamento.

Vale contextualizar o panorama brasileiro e em especial o Amazonas, sobre o tema, com um breve histórico do estudo conduzido pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID)[4], ilustrado sucintamente no Quadro 1.

[3] De acordo com a 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) - CID-11, a definição de "transtorno por uso de drogas" abrange amplas condições de saúde como: padrão nocivo de uso de drogas, dependência de drogas, intoxicação, síndrome de abstinência e outros transtornos mentais que podem ser induzidos pelo uso de drogas (World Health Organization, 2022b).

[4] A escolha deste estudo se deu pelo fato de incluir dados referentes a capital do estado do Amazonas. Foi iniciado em 1986, com um total de 50.890 estudantes, sendo 31.280 da rede pública e 19.610 da rede particular.

Quadro 1. Dados do VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010

<table>
<tr><th colspan="2">Características sociodemográficas</th><th>Uso de drogas</th><th colspan="2">Frequência de uso e Tipos de drogas</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Sexo feminino – 51,2%
Sexo masculino – 47,1%</td><td rowspan="2">Uso em algum momento da vida: 25,5%
- Sexo masculino – 26,2%
- Sexo feminino – 24,9%</td><td rowspan="8">Uso no último ano:</td><td>- bebidas alcoólicas – 42,4%</td></tr>
<tr><td>- tabaco – 9,6%</td></tr>
<tr><td colspan="2">Faixa etária: 13 a 15 anos – 42,1%</td><td>Maior consumo - acima de 16 anos de idade (89,2%)</td><td>- inalantes – 5,2%</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Defasagem de série/idade – (19,6%)</td><td>Uso no último ano – 10,6%</td><td>- maconha – 3,7%</td></tr>
<tr><td>Uso no último mês – 5,5%</td><td>-ansiolíticos – 2,6%</td></tr>
<tr><td>- cocaína – 1,8%</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Classe social:</td><td>Rede pública – classe C (34,2%)</td><td rowspan="2">Uso em algum momento da vida:
Rede pública – 24,2%
Rede particular – 30,2%</td><td>- anfetamínicos – 1,7%</td></tr>
<tr><td>Rede particular – classe B (42,4%)</td><td rowspan="4">Uso em algum momento da vida:</td><td>- energético com álcool – 15,4%</td></tr>
<tr><td>- anabolizantes – 1,4%</td></tr>
<tr><td>- êxtase – 1,3%</td></tr>
<tr><td>- LSD – 1,0%</td></tr>
</table>

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir dos dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2010.

A pesquisa demonstrou que 25,5% dos estudantes usaram droga em algum momento da vida (excluindo álcool e tabaco), deste percentual 26,2% eram do sexo masculino e 24,9% do feminino; 24,2% eram de escolas públicas e 30,2% de escolas privadas. A faixa etária mais prevalente foi a de 13 a 15 anos (42,1%), no entanto a maioria dos estudantes que relatou ter consumido droga tinha acima de 16 anos (89,2%). Convém informar, que houve relato de consumo de drogas nas idades entre 10 e 12 anos (10,4%). As classes sociais mais prevalentes foram diferentes entre os estudantes de escolas particulares (classe B) e públicas (classe C). As drogas mais usadas foram as lícitas: álcool (42,4%), energético com álcool (15,4%) e tabaco (9,6%). O estudo concluiu que houve uma tendência de diminuição do consumo de drogas dentre os últimos 6 anos da pesquisa, exceto pelo uso de cocaína. Ressaltou que os estudantes brasileiros não estão entre os que mais consomem drogas, quando comparados aos estudantes da Amárica do Sul, Norte e Europa (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2010).

Com relação a capital do Amazonas[5]: (i) Houve equilíbrio entre os sexos, porém foi observada diferença significante em relação ao uso de drogas, sendo relatado maior uso pelos

[5] A amostra de Manaus incluiu 2.389 estudantes, sendo 1.705 (71,3%) da rede pública e 684 (28,6%) da rede particular.

meninos do que pelas meninas e a faixa etária mais frequente, assim como na média brasileira, foi de 13 a 15 anos (40,8%). As classes sociais predominantes variaram entre a C (33,0%) e B (25,9%) na rede pública e classe B (41,1%) e classe A (35,0%) na rede particular. Embora, 21,1% dos estudantes manauaras afirmaram ter usado alguma droga (exceto álcool e tabaco) em algum momento da vida - abaixo da média brasileira (25,5%). Apenas 10,1% utilizaram no último ano e 5,3% no último mês, valores próximos a média dos estudantes do país (10,6% e 5,5, respectivamente). Embora as drogas mais citadas terem sido - bebidas alcoólicas e tabaco, no período estudado houve diminuição no uso dessas duas substâncias. Entretanto, Manaus, foi uma das três capitais brasileiras[6] com aumento no uso de ansiolíticos (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2010, p. 65).

Diante da natureza social e de saúde significativas do tema, faz-se necessário abordar a conjuntura das políticas públicas antidrogas e o financiamento público das CTs no Brasil.

Originadas como um conceito comunitário de tratamento em saúde mental na década de 1950, as CTs assumiram uma trajetória peculiar, onde o modelo de cuidado adotado se baseia em três pilares: trabalho (laborterapia), disciplina e espiritualidade. O trabalho é considerado terapêutico e desempenha um papel crucial no processo de reabilitação[7]. A disciplina e o autocontrole são valores centrais nas CTs, são refletidas na rotina estruturada que envolve atividades com horários fixos e regras rigorosas. Já a espiritualidade se refere às práticas que buscam promover a fé dos residentes em um ser ou instância superior, geralmente associado a um contexto religioso. As práticas espirituais podem ocorrer com ou sem o apoio de igrejas e organizações religiosas[8]. Outro elemento essencial no modelo das CTs é a convivência entre pares, envolve o compartilhamento de experiências individuais, incluindo os desafios, sofrimentos e dificuldades relacionados ao uso problemático de substâncias psicoativas. Essa atmosfera de solidariedade e compreensão entre os residentes é vista pelas CTs como um fator importante para o sucesso do modelo de cuidado[9]. É importante observar que o modelo de cuidado das CTs é controverso e gera debates expressivos em relação à eficácia e aos direitos humanos (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2017).

[6] Juntamente com Curitiba e Macapá (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2010)
[7] Envolve a realização de tarefas que vão desde a manutenção da comunidade, até atividades produtivas e de geração de renda. As CTs acreditam que o trabalho seja benéfico para os residentes das CTs, pois promove a aquisição de autodisciplina e autocontrole (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2017).
[8] A espiritualidade é vista pelas CTs como um recurso indispensável para lidar com dores e sofrimentos, além de ser considerada crucial para o enquadramento moral dos indivíduos (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2017).
[9] As CTs entendem que a convivência cria uma plataforma comum de aprendizado e reorientação individual, onde os residentes têm a oportunidade de compartilhar suas histórias pessoais e, ao fazê-lo, podem encontrar compreensão e apoio mútuo entre eles. (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2017).

No Brasil, o financiamento de vagas em CTs com recursos públicos sempre ocorrera. Na década de 1980, em pleno período ditatorial, fora criado o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e normatizado o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) (Brasil, 1980).

Inicialmente, o CONFEN lidava principalmente com questões relacionadas às drogas ilícitas, em especial, às ações de repressão ao uso e ao tráfico de entorpecentes. No entanto, expandiu suas atividades para abordar também questões relacionadas às drogas lícitas. Ultrapassou os limites desse campo, com a redemocratização do país, "favorecendo o surgimento de práticas de prevenção, de tratamento e de pesquisa, não orientadas exclusivamente pela perspectiva repressiva", embora apresentasse "restrições quanto ao desenvolvimento de ações preventivas e de tratamento, que não enfatizavam a repressão". Em 1996, por meio do Programa de Ação Nacional Antidrogas recomendou a definição de critérios e normas para o funcionamento de instituições de tratamento de dependentes químicos com o aporte de recursos públicos a entidades filantrópicas envolvidas na oferta de serviços de reabilitação e tratamento. Contudo, segundo Machado e Miranda (2007) ainda que o Programa tivesse ações sanitárias "não propôs nenhuma articulação com o setor específico nem com as políticas que estavam sendo implementadas, como SUS, a reestruturação da atenção em saúde mental e os programas de redução de danos".

Assim, até 2001, o contexto político e institucional em relação às CTs não tinha nenhum tipo de regulamentação por parte do poder público. Com a Resolução – RDC nº 101/2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), foram instituídas exigências mínimas para o funcionamento dos serviços de atenção aos dependentes de drogas (Brasil, 2001).

A partir desse momento, uma série de normativas foram estabelecidas pelo governo federal articulando um novo projeto de cuidado voltado para as pessoas que fazem uso de drogas. Em 2002, lançou a Política Nacional Antidrogas e no ano seguinte a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2002, 2003).

A centralização das diretrizes de cuidado no campo da saúde pública levantou questões sobre como as CTs se encaixavam nesse novo modelo e se suas práticas estavam alinhadas com as novas políticas envolvidas nas práticas de tratamento e prevenção de dependências químicas (Machado; Miranda, 2007).

Em 2009, a Lei nº 12.101, hoje revogada, certificou as entidades beneficentes de assistência social, abrangendo as CTs (Brasil, 2009).

Posteriormente, em 2010, houve a implementação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, conhecido como Plano Crack, que trouxe um novo contexto com controvérsias quanto às mudanças na abordagem das políticas de drogas e ao novo papel atribuído ao MS (Brasil, 2010).

A partir do Plano Crack o governo brasileiro passou a apoiar financeiramente as CTs. Esta decisão governamental visava abordar as preocupações da sociedade em relação ao uso de drogas e suas consequências (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2017).

A ANVISA expediu, em 2011, a RDC nº 29 e passou a regulamentar o funcionamento de instituições, cujo principal instrumento terapêutico a ser utilizado no tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares (Brasil, 2011).

No mesmo ano, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) abordou a questão das drogas em inspeção às CTs, instituindo a provocação pública de um embate crescente visto que "o tema vinha sendo entendido no Brasil como 'epidemia', forjado a partir de ideais advindas de uma natureza descontextualizada política e historicamente". Com o apoio de 20 Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs), foram vistoriadas 68 unidades em 27 capitais do país, visando compreender a realidade das CTs e como lidavam com questões de dependência química e tratamento (Conselho Federal de Psicologia, 2011)[10]. Os Quadros 2 e 3 apresentam um resumo das informações coletadas e inadequações encontradas em seis diferentes instituições no Amazonas, sendo todas localizadas em Manaus.

[10] Vale ressaltar que o estudo realizado, em 2017, "Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017", envolvendo 11 estados e o Distrito Federal, não incluiu o Amazonas.

Quadro 2 - Caracterização das Comunidades Terapêuticas – Amazonas, 2011

Informações	Comunidades Terapêuticas					
	Projeto Vida (PV)	**Sítio Feminino Ester (SFE)**	**Recanto da Paz (RP)**	**Desafio Jovem de Manaus (DJM)**	**Centro de Tratamento em Adicções, Álcool e Drogas (CENTRAD)**	**Recuperando Vidas para Deus (REVID)**
Médico	N	NR	S	N	NR	N
Psicólogo	N	S	1	S	S[11]	N
Redução de Danos	N	N	N	N	N	N
Visita íntima	N	N	N	N	N	N
Religião[12]	S	S	S	N	S	S
Há interação com a família	N	S	NR	N	N	N
Tratamento	Programa Amor Exigente	Abstinência total, Diálogo e Testemunho	Abstinência Total; 12 Passos; Espiritual; Terapia Ocupacio-nal	12 Passos; Laborterapia.	12 Passos; Laborterapia; Palestras e Técnica de Espiritualidade e Sentimentos	Laborterapia, estudos bíblicos e devocionais; Atividades relacionadas à horta.
Sexo	M	F	M	M	M	M
Faixa etária (a partir de)	12 a 55 anos	12 a 18 anos	15 anos	19 anos	15 anos	16 anos
Vagas disponíveis (D) Vagas ocupadas (O)	38 - D 36 - O	25 - D 7 - O	25 - D 9 - O	25 - D 22 - O	35 - D 10 - O	30 - D 17 - O
Recursos públicos[13]	S	S	S	S	N	N
Parceiros[14]	S	S	S	S	S	S
Violação de direitos humanos	S	S	S	S	S	S

*S – Sim; N – Não; NR – Não relatado; M - masculino

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir dos dados do Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de droga (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

[11] Responsável técnico.

[12] PV – evangélica; SFE – evangélica; RP – adota princípios cristãos; REVID – evangélica.

[13] PV – Secretaria Estadual de Assistência Social (SEAS), mas não soube afirmar se os recursos ainda estavam sendo repassados; RP – Secretaria de Assistência Social - não especificado; DJM – Secretarias Municipais (SEMAS) e de Saúde (SEMSA), Vara de Execuções de Medidas e Penas Alternativas da Comarca de Manaus (VEMEPA) e MESA BRASIL.

[14] Todas as CTs – Comissão de Direitos Humanos da OAB, Conselho Estadual Sobre Drogas (Conen), Associação de Redução de Danos, Associação Chico Inácio.

Quadro 3. Inadequações encontradas nas Comunidades Terapêuticas – Amazonas, 2011

Inadequações	Comunidades Terapêuticas					
	Projeto Vida (PV)	Sítio Feminino Ester (SFE)	Recanto da Paz (RP)	Desafio Jovem de Manaus (DJM)	Centro de Tratamento em Adicções, Álcool e Drogas (CENTRAD)	Recuperando Vidas para Deus (REVID)
Condições assistenciais indignas[15]	X	X	X	X	X	X
Acesso à educação[16]					X	X
Presença de adolescentes no mesmo espaço de adultos[17]			X		X	X
Uso de mão de obra não remunerada e Metodologia do cuidado contrária às normas do MS[18]	X	X	X		X	X
Desrespeito à escolha ou ausência de credo	X	X	X	X	X	X
Punição por meio de castigo[19]	X	X	X	X	X	X
Internação compulsória[20]		X	X	X		X
Violação de correspondência e violação de privacidade[21]					X	X
Apropriação indébita de documento e/ou objetos pessoais[22]	X	X	X	X	X	X
Proibição de contato sexual[23]		X	X	X	X	X
Desrespeito à diversidade sexual	X					X
Contato com familiares[24]		X		X	X	X

Fonte: Elaborada pelas autoras a partir dos dados do Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de droga (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

[15] REVID – inadequação dos alimentos; CETRAD – idoso com sofrimento psíquico, sem avaliação específica e acesso à aposentadoria revertida como pagamento da internação sem autorização de utilização para esse fim; DJM – queixas: resfriados, dores no corpo, febre, insônia e dor de dente; SFE – infestação de piolho; PV – instalações e condições de funcionamento precárias, higienização inadequada, quartos sem janelas, não há camas para todos, falta de acompanhamento médico e psicológico, ausência de profissional de saúde responsável pelo manuseio e administração de medicamentos, falta de política de redução de danos estruturada, em crises de abstinência utilizavam o medicamento Risperidona prescrito pelo pastor representante legal da unidade.
[16] RP – os internos eram afastados da escola no período de internação.
[17] CETRAD – processo judicial de 2009, adolescente do sexo feminino internada, sendo que o público atendido pela CT era masculino.
[18] SFE – internas responsáveis apenas pela limpeza dos quartos.
[19] REVID – supressão das atividades de lazer; CETRAD – supressão das atividades de lazer, das correspondências e internos encaminhados para cumprimento de pena alternativa; DJM – perda de privilégios, subtração do acesso aos meios de comunicação e aumento de tarefas; RP – aumento de tarefas; SFE – obrigadas a auxiliar na limpeza da cozinha e supressão das atividades de lazer; PV – supressão das atividades de lazer e aumento da carga de trabalho.
[20] REVID – sem formalização da tutela; DJM – através da família e da Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS); RP e SFE – através da família, da Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS) e pelo Juizado da Infância.
[21] CETRAD – proibidos passeios; DJM – em desistências comunicadas, a unidade criava um "labirinto de dificuldades", onde os internos conversavam com quatro ou cinco pessoas, na tentativa de convencimento a permanecer.
[22] DJM – objetos pessoais e dinheiro ficam em poder dos conselheiros; RP – falta de armários para acomodação dos objetos pessoais, proibido - uso de celulares, portar dinheiro nos quartos e fumar.
[23] RP – a abstinência sexual é estimulada.
[24] REVID – contato telefônico de 15 em 15 dias; CETRAD – monitoramento de visitas; DJM – visita familiar somente após dois meses de internação e monitoramento de visitas; SFE – comunicação com a família só é permitida no dia de retorno para casa; PV – visita somente dos familiares, quinzenalmente e passeios dependem da avaliação do pastor responsável.

Este estudo demonstrou que as CTs do Amazonas violavam princípios fundamentais como direitos humanos, direito à saúde, à educação e sociais, desrespeitando inclusive as ordenações ministeriais. Demonstrando tais irregularidades havendo necessidade premente de regulamentação, supervisão e fiscalização rigorosas das CTs.

Diante dos dilemas envolvendo as CTs, foi instituída, em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) representando um avanço na política de saúde mental no Brasil ao priorizar o cuidado integral, a desospitalização e a promoção da saúde mental compatível com as diretrizes da reforma psiquiátrica (Toledo; Coutinho; Bastos, 2020).

Mesmo assim os conflitos não param por aí. A controvérsia em torno da regulamentação das CTs, além de complexa, extrapola as questões de cuidado aos usuários de Serviços de Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e outras Drogas, envolvendo aspectos essenciais relacionadas aos direitos humanos, cidadania e laicidade do Estado brasileiro.

A ANVISA estabeleceu 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 em regime de residência", mas conforme ressaltaram Teixeira *et al.* (2017), não as denominou de CTs.

Porém, o MS as incluiu como um dos dispositivos da nova Rede nos moldes das Unidades de Acolhimento definindo os critérios de financiamento das CTs no âmbito da RAPS, onde um deles foi "respeitar a orientação religiosa do residente, sem impor e sem cercear a participação em qualquer tipo de atividade religiosa durante a permanência na entidade" (Brasil, 2012).

De tal modo, em 2013, a ANVISA apresentou esclarecimentos sobre a RDC nº 29/2011 e a sua aplicabilidade nas CTs, apontando-as como instituições não governamentais, da sociedade civil, para lacunas assistenciais do SUS (Brasil, 2013).

Nesta tensão política, em 2014, as CTs passaram a ser financiadas pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), por meio do Ministério da Justiça (MJ). O antagonismo entre o MS e MJ, sobre as CTs, encontra-se estampado no preâmbulo da Resolução nº 1/2015 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) enfatizando que as CTs "não são estabelecimentos de saúde, mas de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social" (Brasil, 2014, 2015).

Ou seja, o conflito entre os setores governamentais alinhados à reforma psiquiátrica e as CTs reflete diferenças fundamentais na abordagem do tratamento de dependência química, consoante a promoção da desinstitucionalização, da humanização do cuidado e do respeito aos

direitos dos pacientes, incluindo aqueles com problemas de uso de drogas, e respeitando os pilares da reforma psiquiátrica.

Por outro lado, a Resolução do CONAD deu um passo à frente ao introduzir "um conjunto de questões muito relevantes no debate público, que não se referem apenas ao cuidado dos usuários de substâncias psicoativas, mas também às premissas constitucionais dos direitos humanos, da cidadania e da laicidade do Estado brasileiro" (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2017).

Em 2019, fora proposto o Projeto de Lei Complementar (PLC) 134, transformado na Lei Complementar (LC) 187/2021, que estabeleceu sobre as Certificações das Entidades Beneficentes de Assistência Social (Cebas) e regulou os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social tratado no § 7º do artigo 195 da CRFB/88, revogando a Lei nº 12.101/2009 (Brasil, 2021). Regulou, ainda, condições para limitação ao poder de tributar a União em relação às entidades beneficentes, no tocante às contribuições para a seguridade social, além de definir o conceito de "entidade beneficente" obrigando que as Cebas sejam certificadas nos moldes da LC para fins fruição da imunidade tributária das contribuições à seguridade social, indo ao encontro a uníssona jurisprudência do STF, de que os requisitos legais como condição de acesso à imunidade são de reserva de LC, consoante § 7º do artigo 195 da CRFB/88. Contudo, a eficácia plena da LC surgiu somente em 2023, por meio do Decreto nº 11.791 (Brasil, 2023).

3. Perfil das Comunidades Terapêuticas brasileiras, em especial da região Norte e Amazonas: pontos opacos e ambíguos

Diante da realidade descrita à época, em 2014, a SENAD solicitou ao Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) um levantamento sobre as CTs brasileiras, objetivando melhoria aos processos de monitoramento e avaliação do uso de recursos públicos nas entidades (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2017).

O IPEA verificou que 2 mil CTs estavam cadastradas no Brasil à época, mas o foco desta análise se debruçará na região Norte. As CTs nortistas encontravam-se presentes em todos os estados, totalizando 139 CTs. Com maior concentração no Pará (46 CTs), seguido do Acre (26 CTs), Tocantins (19 CTs), Amazonas (18 CTs), Rondônia (16 CTs), enquanto Roraima e Amapá apareciam com apenas 7 CTs (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2017) [25].

[25] Somente o quantitativo das CTs foi mencionado separadamente por estado, o restante dos dados foi divulgado agrupados como região Norte.

Embora, o Amazonas seja o estado com maior dimensão geográfica e demográfica, apresentava um número de CTs bem aquém do Pará, Acre e similar ao Tocantins.

Vale destacar que a região Norte apresentou a menor proporção de CTs (6,7%) dentre as grandes regiões[26] e o menor percentual de vagas do país (6,4%)[27]. Destas CTs, 86,5% se dispunham a receber pessoas com deficiência auditiva e visual (86,4%), cadeirantes (83,2%) e 90,4% disseram acolher pessoas que vivem com HIV/AIDS.

O Relatório do IPEA apontou que 90,9% das CTs brasileiras afirmavam acolher homossexuais, 51,6% acolhiam travestis e 43,6% se propunham a receber transexuais. Porém, havia baixa tolerância às pessoas com orientações sexuais diversas da heterossexualidade.

As substâncias psicoativas mais consumidas pelos residentes foram: crack (81,6%), álcool (81,4%), cocaína (63,6%), maconha (56,2 %) e o uso concomitante de várias substâncias foi elevado - 62,3% (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2017).

Cabe enfatizar, que somente 39,1% das CTs pesquisadas pelo IPEA disseram acolher pessoas com transtornos mentais com histórico de internação psiquiátrica, sendo que a literatura demonstra que usuários de drogas podem desenvolver transtornos mentais e/ou comportamentais e transtornos psicóticos devido a utilização de substâncias psicotrópicas (Fernandes *et al*., 2017; Andretta, *et al.*, 2018; Baltar *et al.,* 2020).

Uma característica importante, salientada, foi a alta prevalência de conexão das CTs com igrejas e organizações religiosas, principalmente as de matriz cristã, representando 82% das instituições pesquisadas no país. Destaca-se, que 100% das CTs do Norte tinham conotação religiosa. O estudo concluiu que o serviço das CTs estava ancorado no tripé trabalho-disciplina-espiritualidade, demonstrado pela escolha de métodos terapêuticos como a laborterapia e o cultivo da espiritualidade, comuns em mais de 90% das CTs (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2017).

Outro instrumento de observação das CTs brasileiras foi a "Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas/2017"[28] (Conselho Federal de Psicologia, 2018). Vale registrar que o estado do Amazonas não participou deste levantamento.

[26] Proporção das demais regiões brasileiras: Sudeste – 41,6; Sul -26,4; Nordeste – 16,5; Centro-Oeste – 8,8 (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2017).
[27] Sudeste – 43,2; Sul -22,4; Nordeste – 20,2; Centro-Oeste – 7,8 (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2017).
[28] Realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em parceria com o Ministério Público Federal (MPF), em 28 CTs, nas cinco grandes regiões, nos 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 (Conselho Federal de Psicologia, 2018).

Como consequência desta vistoria foram levantadas as seguintes irregularidades e indicações: (i) confronto às diretrizes da reforma psiquiátrica – Lei nº 10.216/2001; (ii) precariedade da oferta de cuidado em saúde; (iii) isolamento e restrição do convívio social; (iv) retenção de documentos ou dinheiro; (v) desrespeito ao sigilo nas comunicações das pessoas privadas de liberdade; entre outras. Frisa categoricamente que em todas as 28 CTs visitadas o conjunto de informações coletadas identificou práticas que configuravam violações de direitos humanos e recomenda outras inspeções e orientações em nível estadual de órgãos fiscalizadores (Conselho Federal de Psicologia, 2018).

Em síntese, o modelo praticado pelas CTs vai totalmente de encontro as orientações do SUS, do modelo psicossocial e da Redução de Danos. As CTs atuam sob o viés proibicionista ao invés de promover uma abordagem aberta, inclusiva e humanizada.

Adentrando no aspecto do financiamento público das CTs, alguns pontos nebulosos precisam ser apontados. A pesquisa do IPEA/2017 verificou que das 510 CTs pesquisadas, 10,0% eram financiadas por governos municipais; 27,8% por governos estaduais e 24,1% pelo governo federal.

A relação entre governo e CTs, provoca problemas que vão desde a "opacidade das peças orçamentárias à violação de prazos da Lei de Acesso à Informação", apesar da tendência provável de crescente investimento, principalmente por parte do governo federal que faz dos repasses orçamentários às CTs a ponte principal de sua política de cuidado. Tanto assim que houve um aumento significativo do investimento federal anual de 109%, no período de 2017 e 2020, sendo que especificamente no Amazonas quatro CTs foram financiadas no montante de R$ 2,5 milhões (Conectas Direitos Humanos, 2021).

O Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESeC) destacou a presença de atores-chave com interesses alinhados à promoção das CTs, operando tanto no Legislativo quanto no Executivo, e que têm contribuído para colocar essas instituições no centro das estratégias para lidar com o uso de drogas (Centro de Estudos de Segurança e Cidadania, 2022).

Dessa forma, no âmbito da atividade da máquina estatal, observa-se uma questão crucial relacionada às CTs: sua posição ambígua - são contratadas e financiadas pelo Estado, integram o espectro dos serviços governamentais. Embora, essas instituições tenham crescido em volume e se tornem cada vez mais uma parte reconhecida das políticas públicas, sua natureza e função ainda geram questionamentos e dúvidas. Isso porque transitam entre diferentes setores do governo, incluindo saúde, assistência social e segurança. Esse cenário complexo pode levar a uma falta de clareza sobre o papel exato das CTs no sistema de saúde e bem-estar social, seja pela falta de um conceito claro que resultará na qualidade e eficácia dos

seus serviços prestados, seja pela ausência de transparência em sua prestação de contas, a saber de qual forma os recursos públicos são aplicados. Essa ambiguidade pode afetar a capacidade do governo de monitorar/avaliar o impacto das CTs na recuperação e reintegração dos indivíduos em tratamento, dificultar o delineamento de diretrizes e mecanismos de supervisão capazes de garantir que essas instituições atendam aos padrões de qualidade, respeitem os direitos humanos dos residentes e contribuam efetivamente para a abordagem ampla e integrada dos problemas relacionados ao uso de drogas (Conectas Direitos Humanos, 2021).

Ademais, a Lei Complementar n. 187/2021, em seu art. 32, não só contemplou as CTs entre as entidades que contarão com imunidade tributária de contribuições à seguridade social, mas também outras entidades beneficentes que atuam na redução da demanda de drogas, a exemplo das entidades de cuidado (Brasil, 2021).

Logo, se vislumbra uma tendência de crescimento contínuo de investimentos públicos direcionados às CTs, uma vez que se tornaram o eixo principal da política para dependentes químicos. Essa propensão só aumenta na medida em que o Estado transfere seu dever de cuidados dos usuários de drogas para as CTs por intermédio de financiamento governamental, inclusive, nos últimos 5 anos houve um incremento financeiro na ordem de 182%[29]. As informações a respeito das CTs no Brasil deveriam obedecer a transparência, entretanto não há disponível nas plataformas do governo federal, nenhum dado sobre as CTs que recebem financiamento público[30].

Reforçando o teor ilustrado, em 2023, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Recomendação nº 001, que trata da revogação da criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas no âmbito do Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). O documento ratifica dados nacionais levantados sobre as CTs, mencionando: (i) a Recomendação n. 2/2023, do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), que indicou a realização de "auditoria e inspeção nacional em todos os contratos, convênios e termos de parceria com as CTs", assim como a adoção de "outras providências para que a assistência em saúde de pessoas usuárias de drogas seja construída a partir de políticas

[29] Segundo a Agência Câmara de Notícias, em 2020, foram destinados R$27,8 milhões; em 2021, o montante saltou para R$40,5 milhões; em 2022, R$36,4 milhões; em 2023, R$53,6 milhões (até maio) (Brasil, E., 2023).
[30] Em 19 de julho de 2019, o Ministério da Cidadania lançou o mapa virtual das comunidades terapêuticas contratadas pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED). Disponível em: Ministério lança mapa virtual de comunidades terapêuticas no Brasil — Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (www.gov.br). Porém, até a data de corte do trabalho em tela (fev./2024), quando consultado o mapa virtual para todas as unidades federativas do país, apresentou a seguinte informação: "Nenhum município encontrado com COMINIDADES TERAPÊUTICAS". Disponível em: GEO SAGI (mds.gov.br). Acesso em: 14 fev. 2024. Desse modo, não foi possível ter acesso ao quantitativo atual das CTs em nenhuma localidade do país.

interministeriais com participação e controle social"; (ii) a inefetividade das CTs como um único equipamento para lidar com a complexidade dos problemas associados ao uso de substâncias psicoativas; (iii) a ausência de transparência e que os órgãos de controle social do SUS tenham livre acesso a essas informações, já que os dados orçamentários referentes a 2021 já indicavam que as CTs "já eram detentoras de financiamento público superior ao destinado aos dispositivos de cuidado às pessoas em uso de drogas das RAPS sob égide do MS"; (iv) as inúmeras denúncias de violações de direitos humanos (Conselho Nacional de Saúde, 2023).

Em suma, as CTs propõem um modelo de atenção em saúde mental completamente ultrapassado, desconsiderando a complexidade envolvida no campo do cuidado, da assistência e inclusão social, menosprezando a qualidade de vida das pessoas afetadas sem promover o fortalecimento do tecido social como um todo. Não há informações atualizadas a respeito das CTs por parte dos entes federativos, nem tão pouco a devida transparência sobre os repasses financeiros públicos, ausência de controle social e fiscalização precária.

4. Considerações finais

Diante das questões envolvidas no debate em torno das Comunidades Terapêuticas no Brasil, se faz necessário a produção de estudos atualizados que retratem o panorama das CTs no Amazonas. A ausência de dados acerca das CTs dificulta análises e discussões sobre o tema, inclusive, sobre o desperdício do erário público e prejudica o avanço das pautas sobre saúde mental.

Como resultado, as CTs existentes no Amazonas violam preceitos fundamentais como os direitos humanos, direito à saúde, à educação e socias conforme os seguintes aspectos: barreiras sociais e/ou financeiras; inadequação dos serviços ofertados; falta de acompanhamento contínuo; estereótipos de gênero ou falta de programas específicos voltados para mulheres ou outros grupos vulneráveis; ausência de abordagem universal, eficaz ou adequada para os internos, especialmente para aqueles com crenças religiosas diferentes ou que poderiam se beneficiar com enfoques mais flexíveis; falta de direcionamento adequado do tratamento induzindo o risco de recaídas e resultados ineficazes; falta de integração com outros serviços públicos de saúde mental, podendo resultar em uma perspectiva fragmentada e menos eficaz para os internos; necessidade de gestão mais eficiente dentro de uma perspectiva focada no planejamento do cuidado. Os padrões mínimos de cuidado e respeito aos direitos humanos devem ser garantidos em todas as instâncias da assistência aos dependentes químicos, visando a recuperação eficaz e digna dos pacientes.

A compreensão para além da dependência de drogas contribui para uma visão mais abrangente e necessária dos desafios enfrentados na prevenção, controle e tratamento dos transtornos relacionados ao uso de drogas.

Por fim, para esses desafios serem enfrentados requer um esforço burocrático coordenado que envolva políticas públicas mais robustas, investimento em capacitação de profissionais especializados, com regras claras de qualidade na assistência e com um sistema de monitoramento e avaliação eficazes. Aspectos cruciais para a garantia de tratamentos mais inclusivos, moldados às necessidades individuais e baseados em evidências científicas, priorizando a humanização e o respeito pela dignidade dos internos.

Referências

ANDRETTA, I.; LIMBERGER, J.; SCHINEIDER J.A.; MELLO, L.T.N. Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Usuários de Drogas em Tratamento em Comunidades Terapêuticas. **Psico-USF**, v. 23, n. 2, p. 361-73, 2018.

BALTAR, J.G.C.; IGLESIAS, A.; BORTOLI, E.B. Comorbidade entre Uso de Álcool e Outras Drogas, Transtornos Psiquiátricos e Comportamento Suicida: Uma Revisão. **Revista Psicologia e Saúde**. v. 12, n. 2, p. 3-12, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.676.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Decreto N. 85.110, de 2 de setembro de 1980**. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de entorpecentes, e dá outras providências. Brasília: MJ; 1980.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC N. 101, de 30 de maio de 2001.** Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas. Brasília: MS; 2001.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto N. 4.345, de 26 de agosto de 2002.** Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasília; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. ***A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas***. Brasília: MS; 2003. 60p.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei N. 12.101, de 27 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Brasília; 2009.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto N. 7.179, de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília; 2010.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC N. 29, de 30 de junho de 2011.** Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília: ANVISA; 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GRECS/GGTES/ANVISA N. 055, de 16 de agosto de 2013.** Esclarecimentos sobre artigos da RDC Anvisa nº 29/2011 e sua aplicabilidade nas instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas e entidades afins. Brasília: ANVISA; 2013.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Portaria Nº 10, de 28 de fevereiro de 2014.** Acrescenta modelo de relatório de fiscalização de comunidades terapêuticas como anexo à Portaria nº 70, de 18 de outubro de 2013. Diário Oficial da União – Sessão 1, nº 45 de 07 de março de 2014. Brasília: MJ; 2014.

_____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Portaria Nº 1, de 19 de agosto de 2015.** Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Diário Oficial da União – Sessão 1, nº 165 de 28 de agosto de 2015. Brasília: MJ; 2015.

_____. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 10.473/2020, de 24 de agosto de 2020.** Declara a revogação, para os fins do disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, de decretos normativos. Brasília; 2020.

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

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto N. 11.791, de 21 de novembro de 2023.** Regulamenta a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição. Brasília; 2023.

BRASIL, E. Especialistas em saúde defendem fim do financiamento público às comunidades terapêuticas. **Agência Câmara de Notícias**, Brasília, 18 mai. 2023. Saúde. Disponível em: Especialistas em saúde defendem fim do financiamento público às comunidades terapêuticas - Notícias - Portal da Câmara dos Deputados (camara.leg.br). Acesso em: 14 fev. 2024.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010.** 1ª Edição, São Paulo: CEBRID: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília: SENAD; 2010. 503 p. Disponível em: VI-Levantamento-Nacional-sobre-o-Consumo-de-Drogas-Psicotrópicas-entre-Estudantes-do-Ensino-Fundamental-e-Médio-das-Redes-Pública-e-Privada-de-Ensino-nas-27-Capitais-Brasileiras.pdf (cebrid.com.br). Acesso em: 9 jan. 2024.

CENTRO DE ESTUDOS DE SEGURANÇA E CIDADANIA – CESeC. **Imposição da fé como política pública: as comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro.** Julita Lemgruber, Paula Figueiredo Napolião, Giulia de Castro Lopes de Araujo ; ilustração Renato Cafuzo. Rio de Janeiro: CESeC; 2022. 45 p. Disponível em: https://cesecseguranca.com.br/wp-content/uploads/2022/08/CESEC_comunid-terap_FINAL_050822.pdf. Acesso em: 14 fev. 2024.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020.** São Paulo, 2021. 61p. Disponível em: https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf. Acesso em: 09 jan. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Locais de internação para usuários de drogas.** Brasília: CFP; 2011, p. 10-12. Disponível em: Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos.pdf (cfp.org.br). Acesso em: 9 jan. 2024.

_____. **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: CFP, 2018. Disponível em: content (mpf.mp.br). Acesso em: 12 fev. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação Nº 001, de 26 de janeiro de 2023**. Recomenda medida contrária à criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas no âmbito do Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome, entre outras providências. Brasília: CNS, 2023. Disponível em: Conselho Nacional de Saúde - RECOMENDAÇÃO Nº 001, DE 26 DE JANEIRO DE 2023 (saude.gov.br). Acesso em: 14 fev. 2024.

FERNANDES, M.A. *et al*. Transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas em hospital psiquiátrico. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. v. 13, n. 2, p. 64-70, 2017. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v13i2p64-70.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS. **Nota Técnica N. 21. Perfil das Comunidades Terapêuticas brasileiras.** Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. Rio de Janeiro: IPEA; 2017. Disponível em: NT_Perfil_2017.pdf (ipea.gov.br). Acesso em: 7 jan. 2024.

MACHADO, A.R.; MIRANDA, P.S.C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **Hist. cienc. saude-Manguinhos.** v. 14, n. 3, p. 801-21, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Política para melhorar a saúde mental.** Washington D.C: OPAS; 2023. Disponível em: https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-15-p-politica-saude-mental_0.pdf. Acesso em: 07 jan. 2024.

SILVA, E.N.C; BARCELOS, K.R; DALBELLO-ARAÚJO, M. Comunidades Terapêuticas: Retrocesso na Política de Saúde Mental. **Revista de Direitos, Trabalhos e Política Social.** 2020; v. 6, n; 11, p. 136-157.

TEIXEIRA, M.B; RAMÔA, M.L; ENGSTRON, E; RIBEIRO, J.M. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1455-66, 2017.

TOLEDO, L; COUTINHO, C; BASTOS, F.I. **Panorama sobre a política de drogas e saúde mental no Brasil contemporâneo: Prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. 26p.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME – UNODC. **World Drug Report 2023.** Viena; 2023. Disponível em: World Drug Report 2023 (unodc.org) Acesso em: 04 jan. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Technical Reports Series Nº 437. **Pharmacopendence Experte Committe 17 Report**. Geneve; 1970. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/38263/WHO_TRS_437_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y . Acesso em: 04 jan. 2024.

_____. **Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019).** Geneva; 2020a.

_____.World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime. **International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing**. Geneva; 2020b.

_____. **Comprehensive mental health action plan 2013–2030**. Geneve; 2021.

_____. 170ª Sessão do Comitê Executivo de 20 a 24 de junho de 2022. **Política para melhorar a saúde mental.** Washington D.C; 2022a. Disponível em: https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-15-p-politica-saude-mental_0.pdf. Acesso em: 07 jan. 2024.

_____. International Classification Diseases 11th Revision. ***The global standart for diagnostic healf information.*** Geneve; 2022b. Disponível em: ICD-11 (who.int). Acesso em: 07 jan. 2024.