

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
PÓS-GRADUAÇÃO - NÍVEL DE ESPECIALIZAÇÃO PROFISSIONAL *LATO*
***SENSU* EM DIREITO SANITÁRIO**

Nayara Arantes da Silva Andrade

Rodrigo Domingos Taufick

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: análise da legislação na perspectiva da atuação do
Ministério Público do Estado de Minas Gerais

Belo Horizonte

2023

NAYARA ARANTES DA SILVA ANDRADE

RODRIGO DOMINGOS TAUFICK

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: análise da legislação na perspectiva da atuação do
Ministério Público do Estado de Minas Gerais**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Direito Sanitário da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Direito Sanitário.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Regina Machado.

Belo Horizonte

2023

A554c

Andrade, Nayara Arantes da Silva.

Comunidades terapêuticas: análise da legislação na perspectiva da atuação do Ministério Público do Estado de Minas Gerais. / Nayara Arantes da Silva Andrade; Rodrigo Domingos Taufick. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2023.

49 f.

Orientador(a): Ana Regina Machado.

Monografia (Especialização) em Direito Sanitário.

Inclui bibliografia.

1. Comunidades Terapêuticas. 2. Políticas sobre Drogas. 3. Políticas de Saúde Mental. 4. Normativas do Sistema Único de Saúde. 5. Atuação do Ministério Público do Estado de Minas Gerais. I. Taufick, Rodrigo Domingos. II. Machado, Ana Regina. III. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. IV. Título.

NLM WA 32

Nayara Arantes da Silva Andrade
Rodrigo Domingos Taufick

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: análise da legislação na perspectiva da atuação do
ministério público do estado de minas gerais**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em Direito Sanitário da
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Direito Sanitário.

Banca Examinadora

Dr.^a Luciana Souza d'Ávila
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Mônica Quadros Borges
Especialista em Saúde Mental e Psicanálise.
Instituto Raul Soares / FHEMIG.

Prof.^a Dr.^a Ana Regina Machado (orientadora)
Doutora em Saúde Coletiva
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Belo Horizonte
2023

AGRADECIMENTOS

À nossa orientadora, Ana Regina, pelo comprometimento, dedicação e orientação valiosa ao longo deste processo.

Aos professores da Escola de Saúde Pública e aos colegas da IX Turma de Direito Sanitário, pelas ricas experiências compartilhadas.

Aos colegas do Ministério Público, pelo incentivo.

A nossos familiares, pela paciência e apoio irrestrito.

RESUMO

As comunidades terapêuticas têm sido cada vez mais reconhecidas como uma alternativa de atenção para pessoas com dependência de drogas em busca de sua recuperação e reintegração social. Na última década, essas instituições têm ocupado lugar de destaque nas políticas públicas da área de drogas, saúde e assistência social, não somente pela importância abstrata de seu objeto, mas porque suas atuações vêm suscitando questionamentos legais e éticos, tornando relevante uma análise aprofundada dos atos normativos que as regem. Nesse contexto, esta pesquisa visa a examinar os atos normativos relacionados às comunidades terapêuticas nos campos da saúde e das políticas sobre drogas, com foco na atuação do Ministério Público do Estado de Minas Gerais. A pesquisa foi organizada em seis capítulos, os quais abordam as definições sobre as comunidades terapêuticas, as comunidades terapêuticas no contexto da política sobre drogas, as normativas do Sistema Único de Saúde a elas aplicadas, incluídas as políticas de saúde mental e as normatizações da Vigilância Sanitária, expondo-se as medidas de internação em suas diversas modalidades, o papel das comunidades terapêuticas bem como a atuação do Ministério Público de Minas Gerais nesse cenário. Por fim, segue-se a conclusão da pesquisa baseada numa análise abrangente dos principais atos normativos da União e do Estado de Minas Gerais que dispõem sobre as comunidades terapêuticas, almejando-se contribuir para o aprimoramento da regulação e fiscalização das entidades em apreço, garantindo-se qualidade ao acolhimento e suporte, evitando-se máculas aos direitos individuais dos cidadãos que procuram esse serviço de interesse à saúde.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas. Políticas sobre Drogas. Políticas de Saúde Mental. Normativas do Sistema Único de Saúde. Atuação do Ministério Público do Estado de Minas Gerais.

ABSTRACT

Therapeutic communities have been increasingly recognized as a care alternative approach for individuals with drug dependencies seeking recovery and social reintegration. Over the past decade, these institutions have taken a prominent place in public policies related to drugs, health, and social assistance. This recognition stems not only from the abstract importance of their mission but also because their actions have raised legal and ethical questions, making it relevant to conduct an in-depth analysis of the regulatory framework governing them. In this context, the present research aims to examine the regulatory acts related to therapeutic communities in the fields of health and drug policies, with a focus on the role of the Public Prosecutor's Office of the State of Minas Gerais. The research is organized into six chapters, which address definitions of therapeutic communities, their role within the drug policy context, the regulations applied to them by the Unified Health System (SUS), including mental health policies and sanitary regulations. It also explores the various forms of internment measures, the role of therapeutic communities, and the activities of the Public Prosecutor's Office of Minas Gerais within this framework. Finally, the research concludes with a comprehensive analysis of the key regulatory acts of both the federal and state governments of Minas Gerais that pertain to therapeutic communities. The ultimate goal is to contribute to the improvement of the regulation and oversight of these entities, ensuring quality in care and support while safeguarding the individual rights of citizens seeking this health-related service.

Keywords: Therapeutic Communities. Drug Policies. Mental Health Policies. Unified Health System Regulations. Role of The Public Prosecutor's Office of the State of Minas Gerais.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ALMG – Assembleia Legislativa de Minas Gerais

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial - Álcool/Drogas

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas / Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

CT – Comunidades terapêuticas

ESP-MG – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

MNLA – Movimento Nacional de Luta Antimanicomial

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial

ONGs – Organizações não governamentais

PAS – Programa de Atendimento Singular

PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e
Outras Drogas no Sistema Único de Saúde

PIA – Plano Individual de Atendimento

PNAD – Política Nacional Antidrogas

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SPA – Substância psicoativa

SUAS – Serviço Único de Assistência Social

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Geral	11
2.2	Específicos	11
3	MÉTODO	12
4	COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: DEFINIÇÕES.....	13
5	AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E AS POLÍTICAS E LEIS SOBRE DROGAS DO BRASIL	15
6	AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E AS NORMATIVAS DO SUS	19
6.1	A evolução das políticas de saúde mental e a temática álcool e drogas, a Reforma Psiquiátrica, a constituição da RAPS e o posicionamento legal das comunidades terapêuticas	19
6.2	As comunidades terapêuticas e as normatizações da Vigilância Sanitária	27
7	INTERNAÇÕES OU ACOLHIMENTOS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: O QUE PREVÊ A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	30
8	POLÍTICAS INSTITUCIONAIS, REGULAMENTAÇÃO DE ATUAÇÃO NO ÂMBITO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS E A INTERPRETAÇÃO CONFORME OS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS	34
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
	REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

No contexto da abordagem terapêutica como alternativa de atenção para as pessoas com dependência de álcool e outras drogas, as comunidades terapêuticas (CT), em abstrato, deveriam desempenhar um papel relevante na busca pela recuperação e reintegração social desses indivíduos. No entanto, a atuação delas vem levantando questões relevantes no âmbito da legalidade e da saúde pública, especialmente no que diz respeito à extrapolação dos limites de suas atividades, surgindo a importância de um estudo mais aprofundado quanto à regulamentação desse serviço de interesse à saúde e à sua subsequente fiscalização pelo Poder Público, colimando-se levantar discussões sobre estratégias de enfrentamento aos problemas identificados.

O abuso de substâncias deve ser encarado como um transtorno complexo, norteador pela tríade sujeito/contexto/droga, passando, portanto, pelo universo em que está inserido o dependente em termos familiares, socioeconômicos e educacionais, estilo de vida e modo de agir, tangenciando sua esfera psíquica, enxergando-se a dependência de drogas como uma das consequências finais de todo um processo. Por conseguinte, nesse processo, é imprescindível inserir-se o sujeito em um sistema igualmente complexo e bem articulado, tal como desenhado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, sem prejuízo do auxílio que pode ser ofertado pelos serviços suplementares, desde que estritamente lastreados na lei.

Nesse aspecto, esta pesquisa visa a avaliar o contexto e as principais normas que regulam as CT, sobretudo na perspectiva de atuação do Ministério Público do Estado de Minas Gerais (MPMG), cuja atuação deve ser garantidora dos direitos individuais em seus diversos espectros.

No tocante à metodologia, realizou-se uma revisão qualitativo-narrativa da literatura e da legislação para identificar os principais atos normativos que regulam as CT no campo da saúde, bem como a atuação fiscalizatória do Ministério Público nessa seara, efetivando-se análise exploratória de dados nos sítios eletrônicos do Poder Executivo da União, do Senado Federal, da Assembleia Legislativa de Minas Gerais (ALMG) e MPMG.

Ressalte-se ainda que as CT enfrentaram um processo tardio de inclusão e regulamentação no Brasil, sendo que, ao longo de sua trajetória, mantiveram uma relação tensa com o campo da saúde pública, o qual desenhou uma política baseada no cuidado em liberdade e na redução de danos, como reflexo das experiências adotadas na Reforma Psiquiátrica Brasileira e no Programa de Prevenção à AIDS.

Ao longo do trabalho, serão estudadas a origem, a finalidade e as principais características das CT, sobretudo no contexto da política sobre drogas, dos regramentos sobre internação e do papel do Ministério Público ante a atuação desvirtuada de muitas dessas entidades.

Fundou-se a escolha do tema na circunstância de que, nas atividades do Ministério Público mineiro, especialmente nas Curadorias da Saúde, o tema se apresenta com frequência, estando sempre atrelado a discussões referentes à privação ilegal de liberdade, sob a questionável justificativa de tutela da saúde do cidadão, com ausência do Estado na fiscalização efetiva das CT. A questionada discrepância atinge inclusive crianças e adolescentes, afastados de seus lares para locais distantes (às vezes, por anos), com total privação do convívio familiar, sem qualquer espécie de acompanhamento útil pelo Poder Público na origem.

Nessa seara, serão relevantes as sucintas ponderações empreendidas no fim, sobre o sistema jurídico de balanceamento de princípios, o qual, em conjunto com o princípio da legalidade, deve nortear os aplicadores do Direito sempre que houver a possibilidade de cerceamento da liberdade do indivíduo dependente de drogas, em procedimento tendente à proteção de sua saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

O objetivo geral é analisar os atos normativos publicados nas esferas da União e Estado de Minas Gerais, a respeito das CT nos campos da saúde e da política sobre drogas, na perspectiva de atuação do Ministério Público do Estado de Minas Gerais.

2.2 Específicos

Os objetivos específicos são:

- 1) realizar levantamento de atos normativos federais que regulamentam as comunidades terapêuticas, enfocando os aspectos de definição e características;
- 2) compreender as relações legais estabelecidas entre as CT e as políticas públicas de atenção às pessoas dependentes de drogas;
- 3) analisar as atribuições e as formas de atuação do Ministério Público do Estado de Minas Gerais em relação às CT, com base na legislação vigente.

3 MÉTODO

Para atingir os objetivos propostos, realizou-se pesquisa com abordagem qualitativa, consistente em revisão narrativa da literatura, para identificar os atos normativos pertinentes às CT nos campos da saúde e da política sobre drogas. Outrossim, fez-se análise exploratória de dados nos sítios eletrônicos do Governo Federal, Senado Federal, Assembleia Legislativa de Minas Gerais e Ministério Público do Estado de Minas Gerais, utilizando-se da expressão “comunidades terapêuticas” nos campos “legislação” e/ou “normas”, obtendo-se, na oportunidade, 93, 16 e 6 resultados, respectivamente.

4 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: DEFINIÇÕES

Surgiram, no Brasil do fim da década de 1960, as primeiras CT, com expansão uma década depois, por meio dos trabalhos realizados na Fazenda do Senhor Jesus, fundada pelo padre Haroldo Rahm, que se pautava pelo modelo psicossocial, baseado na compreensão de que a dependência está na análise do usuário inserido num contexto social. Durante o processo de disseminação de tais entidades, muitas foram criando metodologias próprias, sem amparo técnico, científico ou treinamento, culminando em meros serviços de moradia ou segregação social, levando o sacerdote a fundar, em 1990, a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract). Essa instituição passou a ofertar cursos para todos os interessados no assunto, entre os quais membros de outras comunidades terapêuticas, órgãos do Poder Público e organizações sociais, explicitando seu Código de Ética (FRACASSO, 2018).

A Febract, no artigo 3º, inciso VII de seu Estatuto, define-as como entidades que tenham como objetivos a prevenção, a recuperação e a inclusão social, apoio às famílias dos dependentes químicos, observando o respeito à dignidade inerente à pessoa humana (FEBRACKT, 2020).

O governo federal, por sua vez, entende por CT as entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizam o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário (espontâneo). O período limite de acolhimento é de nove meses, não podendo ultrapassar 12 meses, em um período de 24 meses, conforme projeto terapêutico da entidade. O principal instrumento utilizado nas CT durante o tratamento é a convivência entre os pares. As CT não integram o SUS tampouco o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), mas são equipamentos da rede suplementar de atenção na recuperação e reinserção social de dependentes de substâncias psicoativas, de modo que referidas entidades integram o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), por força do Decreto nº 9.761/2019 e da Lei nº 13.840/2019 (BRASIL, 2019b, 2019c, 2023a).

Em pesquisa à doutrina, as CT são definidas como pessoas jurídicas de direito privado que visam à reinserção na sociedade de pessoas acolhidas por problemas relacionados com o abuso de drogas, desde que tenham interesse em se envolver nas atividades propostas pela entidade, tomada esta como uma parcela exemplificativa da própria sociedade. Configura-se, em sua essência, em uma grande mudança no campo da psiquiatria a partir da década de 1940, na Inglaterra, e na década de 1960, na Itália, com a implantação de um ambiente com finalidade terapêutica, baseado em organização útil (não em mero apoio administrativo), comunicativa e

democrata (diluindo-se a autoridade entre os funcionários, internos e familiares), com relacionamentos produtivos, que buscam a combinação harmônica entre aceitação, controle e tolerância a comportamentos que rompam com o equilíbrio (FRACASSO, 2018).

As entidades de tal natureza pautam-se em trabalho tendente ao retorno do indivíduo à vida societária, enxergando o indivíduo como um ser inserido num contexto de vida, em geral de poucas instrução e oportunidade, com diversas limitações e dificuldades socioeconômicas, surgindo a droga como um caminho de aparente alívio e fuga diante de tantas incertezas, fragilidades e dores.

5 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E AS POLÍTICAS E LEIS SOBRE DROGAS DO BRASIL

As comunidades terapêuticas no Brasil surgiram como uma resposta à crescente preocupação com o abuso de substâncias psicoativas e têm passado por diversas transformações ao longo das décadas. Seu papel na sociedade brasileira continua a ser debatido, com esforços contínuos para melhorar sua regulamentação e garantir que ofereçam tratamento eficaz e respeitoso aos indivíduos em recuperação.

Nas décadas de 1980 e 1990, o governo começou a adotar políticas de combate às drogas, e as comunidades terapêuticas se tornaram uma parte importante desse sistema, oferecendo tratamento para dependentes químicos. Muitas delas foram fundadas por religiosos e organizações não governamentais (ONGs) que acreditavam na recuperação por meio da espiritualidade e da abstinência.

Até o fim da década de 80, podia ser constatado um antagonismo entre grupos ligados ao meio científico e aqueles que trabalhavam nas comunidades terapêuticas. Esse antagonismo cedeu lugar a uma parceria - entre alguns segmentos do meio científico e as comunidades terapêuticas - a partir da criação das federações de comunidades terapêuticas, que surgiram para garantir qualidade técnica e ética ao trabalho realizado nesses espaços (MONT SERRAT, 2002). No Brasil, existem duas federações de comunidades terapêuticas: a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), criada em 1990, e a Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB), criada em 1994 (MACHADO, 2006, p. 48).

O Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), órgão responsável por normatizar as ações sobre drogas no Brasil, entre os anos 1980 e 1998, contribuiu para regulamentar o funcionamento das CT que, sem qualquer normatização, existiam no País desde a década de 1960. O Confen participou ativamente do processo que resultou na publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101/2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), primeiro ato normativo do governo brasileiro destinado às CT. Essa RDC disciplinou as exigências mínimas para o funcionamento das comunidades terapêuticas, com base em um equipamento psicossocial de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (a ser abordada no item 4.2).

Após a extinção do Confen, o Brasil passou a contar com uma Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) e com o Conselho Nacional Antidrogas (Conad). Em 2001, a Senad formulou a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD), publicada em 27 de agosto de 2002 (BRASIL, 2002a). Na PNAD, as comunidades terapêuticas não são diretamente mencionadas, mas, ao falar sobre o tratamento, recuperação e reinserção social, são previstas medidas que

acabam por contemplar o modelo de atuação das CT. Nesse sentido, destacam-se as seguintes propostas:

Incentivar a articulação, em rede nacional de assistência, da grande gama de intervenções para tratamento e recuperação de usuários de drogas e dependentes químicos, incluídas *as organizações voltadas para a reinserção social e ocupacional*. [...] Definir normas mínimas que regulem o funcionamento de *instituições dedicadas ao tratamento e à recuperação de dependentes, quaisquer que sejam os modelos ou formas de atuação, bem como das relacionadas à área de reinserção social e ocupacional*. [...] Estimular o trabalho de *Instituições Residenciais de Apoio Provisório, criadas como etapa intermediária na recuperação, dedicadas à reinserção social e ocupacional* após período de intervenção terapêutica aguda, com o apoio da sociedade. Incentivar, por meio de dispositivos legais que contemplem parcerias e convênios em todos os níveis do Estado, a atuação de instituições e organizações públicas ou privadas que possam contribuir, de maneira efetiva, na reinserção social e ocupacional (BRASIL, 2002a) (grifos nossos).

Em 2004, a Secretaria Nacional Antidrogas passou a ser denominada Secretaria de Políticas sobre Drogas (PNAD) e o Conselho Nacional Antidrogas recebeu o nome de Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad). Em 2005, a Senad formulou uma nova política sobre drogas que prevê a presença de CT na rede de ações e serviços destinados a atenção a dependentes de drogas, nos seguintes termos:

Na etapa da recuperação, deve-se destacar e promover *ações de reinserção familiar, social e ocupacional, em razão de sua constituição como instrumento capaz de romper o ciclo consumo/tratamento, para grande parte dos envolvidos, por meio de parcerias e convênios com órgãos governamentais e organizações não-governamentais*, assegurando a distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros.

Promover e garantir a *articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional* (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, *comunidades terapêuticas*, grupos de autoajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros.

Definir normas mínimas que regulem o funcionamento de *instituições dedicadas ao tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, quaisquer que sejam os modelos ou formas de atuação*, monitorar e fiscalizar o cumprimento dessas normas, respeitando o âmbito de atuação de cada instituição (BRASIL, 2005a) (grifos nosso).

Um avanço significativo ocorreu nos anos de 2010 e 2011. Por intermédio do Decreto nº 7.179, emitido em 20 de maio de 2010, foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Uso do *Crack* e outras Drogas. Esse plano estabeleceu a execução descentralizada e coordenada, pela colaboração entre todas as esferas da Administração Pública (BRASIL,

2010a). Esse decreto não se encontra mais vigente, pois foi revogado, em 24 de agosto de 2020, pelo Decreto nº 10.473/2020 (BRASIL, 2020a).

Como parte do Plano Integrado, também em 2010, foi lançado o programa “*Crack, é possível vencer*”, que incluiu as CT como um dos componentes do eixo de cuidado, juntamente com os Serviços de Atenção em Regime Residencial Transitório, conforme previsto em portarias do Ministério da Saúde que serão apresentadas no item 4.1.

Na sequência, foi publicado outro ato de suma relevância na regulação das CT, agora com a participação destas: a Resolução Conad (Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas) nº 1/2015 (BRASIL, 2015), que, não revogando a RDC 29/2011, complementou-a e reforçou-a, prescrevendo, em especial, que a adesão e a permanência devem ser voluntárias, formalizadas por escrito e compreendidas como uma etapa transitória para a reinserção sociofamiliar e econômica do acolhido; que o ambiente deve ser residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares; que as atividades devem se pautar em um programa de acolhimento; que somente devem ser acolhidas pessoas que façam uso nocivo ou que estejam dependentes de drogas, com necessidade de proteção e apoio social, previamente avaliadas pela rede de saúde; que o acolhimento não poderá exceder o limite de 12 meses no período de 24 meses, sendo que seu retorno em menos de seis meses deverá ser previamente avaliado por uma equipe multidisciplinar da entidade, em parceria com a rede de cuidados, com lançamento de todos os atos no PAS (Programa de Atendimento Singular); que é do órgão financiador a responsabilidade por verificar a qualidade dos serviços prestados; que é vedado o acolhimento de crianças e que essa resolução não rege aquele direcionado a adolescentes, exceto de forma subsidiária, até que publicado ato próprio, com a incidência da proteção integral prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente, o que, em tese, veio com a questionada Resolução Conad nº 3/2020, cuja ilegalidade foi reconhecida pela Primeira Instância da Justiça Federal, Seção Judiciária de Pernambuco, nos autos de ação civil pública n. 0813132-12.2021.4.05.8300, com ressonância na Recomendação nº 3/2022 do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente de Minas Gerais (CEDCA/MG), ao considerar que o público menorista deve ter seus direitos tutelados na RAPS pelas UAI (Unidades de Acolhimento Infantojuvenis), nos termos da Portaria MS de Consolidação nº 3/2017.

Notam-se alguns pontos importantes nessa Resolução do Conad: a) o reforço do caráter voluntário do acolhimento; b) a necessidade de que o acolhido realmente seja usuário de drogas; c) a prévia avaliação pela rede de saúde da pessoa a ser acolhida; d) a obrigatoriedade de as entidades comunicarem o início e o término de suas atividades, além do programa instituído, a vários órgãos públicos, entre os quais o Conselho Municipal de Saúde, o Conselho Municipal

de Políticas sobre Drogas e a Secretaria Municipal de Saúde, articulando o plano individual com a unidade de referência do sistema de saúde; e) a obrigatoriedade da comunicação de cada acolhimento e alta administrativa aos equipamentos de proteção do território; f) a possibilidade de o acolhido encerrar o vínculo a qualquer momento.

Observa-se que essa Resolução regula, de modo mais aprofundado, a matéria, embora ainda não trace parâmetros rígidos e uniformes para o programa geral da entidade, limitando-se a indicar órgãos públicos a serem cientificados do seu conteúdo. Ademais, ainda foi tímida quando tratou do tempo máximo de acolhimento e da possibilidade de novo acolhimento, permitindo lapsos relativamente extensos.

Quanto à legislação sobre drogas do Brasil, é importante destacar que, na Lei nº 11.343/2006, não havia menção às CT. Com as alterações promovidas pela Lei nº 13.840/2019, foi acrescentada a Seção VI, intitulada “Do acolhimento em comunidade terapêutica acolhedora”, prevendo que o acolhimento na CT caracteriza-se por oferta de projeto terapêutico que vise à abstinência; adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas; ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal, vocacionada para acolhimento ao usuário ou dependente de drogas em vulnerabilidade social; avaliação médica prévia; elaboração de plano individual de atendimento e vedação de isolamento físico (BRASIL, 2006).

6 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E AS NORMATIVAS DO SUS

Ao longo dos anos, no Brasil, a política de saúde tem avançado significativamente, com a justificativa de promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde mental, desinstitucionalização e proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais. A partir do início do século XXI, passou-se a incluir a temática relacionada à dependência de droga. Até então, não existia uma abordagem política em relação ao álcool e outras drogas, e muitos usuários eram internados em hospitais psiquiátricos, muitas vezes como resultado de políticas de segregação e exclusão do convívio social.

Como a saúde pública não vinha se dedicando à prevenção e ao tratamento relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, surgiram pelo País alternativas de atendimento por meio de instituições, em sua maioria filantrópicas, de cunho religioso e com foco principal na busca pela abstinência.

A inclusão da discussão sobre o uso de drogas nas políticas públicas foi motivada pela justificativa de necessidade de preservação da saúde pública. No entanto, essa abordagem se concentrou no âmbito da segurança pública, conforme mencionado no tópico anterior, resultando em uma falta de intersetorialidade com o setor de saúde.

Exploraremos, neste capítulo, a inserção do tema do uso e abuso de drogas na política de saúde mental, passando pela Reforma Sanitária/Psiquiátrica e pela estrutura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A contextualização histórica que se segue é relevante para traçar um panorama sobre o desenvolvimento da política de saúde mental, da política de álcool e drogas no âmbito do SUS, bem como para entender o processo de normatização das CT e sua tendência de permanecerem fora do setor público de saúde.

6.1 A evolução das políticas de saúde mental e a temática álcool e drogas, a Reforma Psiquiátrica, a constituição da RAPS e o posicionamento legal das comunidades terapêuticas

Somente no ano de 2003, o uso de álcool e drogas foi tratado sob a forma de política pública. Segundo MACHADO (2006, p. 57):

Ainda que a ameaça à saúde pública tenha sido um dos argumentos utilizados para o estabelecimento de medidas de controle do uso de álcool e outras drogas desde o início do século XX, somente no início do século XXI, em 2003, surgiu, sob a forma de uma política, uma proposta de intervenção nessa área no campo da Saúde Pública no Brasil.

Ao longo da História do Brasil, o tema do uso de álcool e outras drogas têm sido frequentemente vinculado à criminalidade e comportamentos antissociais. A saúde pública, nem mesmo no campo da saúde mental, não demonstrava interesse no cuidado com as pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Essa questão estava vinculada a entidades judiciárias, grupos religiosos e à segurança pública. As terapias oferecidas eram inspiradas, muitas vezes, por modelos que excluía e isolavam os usuários do convívio social. Havia poucas iniciativas no âmbito governamental e “restringiam-se a poucos serviços ambulatoriais ou hospitalares, em geral, vinculados a programas universitários. Não havia uma política de alcance nacional, no âmbito da saúde pública” (BRASIL, 2005b).

A atenção a usuários de álcool e outras drogas se deu tardiamente, e foi progressivamente se articulando ao processo de reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil (MACHADO, 2006, p. 74).

Dez anos após o início do processo de reestruturação da atenção em saúde mental, no âmbito do governo federal, a atenção a usuários de álcool e outras drogas passou efetivamente a ser incluída nas políticas de saúde mental do País por meio de uma série de portarias publicadas no ano de 2002. Entre elas, está a Portaria GM 816 que inaugurou um programa sistemático de implantação da rede assistencial a usuários de álcool e outras drogas no âmbito da saúde pública (DELGADO, 2004 *apud* MACHADO, 2006).

É relevante destacarmos o aspecto histórico da atenção às pessoas com transtornos mentais, a fim de demonstrar a evolução da política do SUS para atenção a usuários de drogas. Essa atenção tem suas raízes no Brasil na fundação do primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, criado pelo Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841 (BRASIL, 1841) e inaugurado em 1852, inicialmente com vinculação à Santa Casa de Misericórdia. Inicialmente, o hospício tinha o objetivo de acolher e tratar os indivíduos com doenças mentais, e não seguiu os parâmetros terapêuticos existentes à época, porém, ao longo dos anos, esse modelo de cuidado revelou-se marcado por práticas asilares e tratamentos desumanos.

Dessa forma, o cenário foi propício para o estabelecimento de várias outras instituições semelhantes em todo o País, dando origem à criação de colônias de alienados¹ que segregavam

¹Como exemplo, cita-se o conhecido Hospital Colônia de Barbacena-MG, inaugurado em 1903, cujas práticas horrendas foram denunciadas por diversos profissionais da área de saúde, incluindo o psiquiatra italiano Franco Basaglia. Esses horrores ficaram expostos nos impactantes registros fotográficos de Luiz Alfredo, apresentados na revista “O Cruzeiro”, e também foram revelados na chocante reportagem intitulada “Os porões da loucura”, publicada no jornal “Estado de Minas” (1979). Além disso, tais acontecimentos foram documentados no filme “Em nome da razão”, de Helvécio Ratton (1979), e no documentário “Holocausto brasileiro” (2016), produzido pela HBO, entre outras fontes.

milhares de pessoas com transtornos mentais, excluindo-as do convívio social. Essa estratégia de institucionalização persistiu na política de saúde brasileira até a década de 1990.

No fim da década de 1970, iniciou-se o processo de Reforma Psiquiátrica impulsionado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e, posteriormente, pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). Adiante, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, o movimento antimanicomial denunciou diversas violações aos direitos humanos e lutou por uma mudança no paradigma da saúde mental. Essa transformação resultou na criação de serviços alternativos de caráter ambulatorial, como os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no fim da década de 1980. Esses CAPS se destacaram por se afastarem da lógica manicomial, buscando promover a reinserção comunitária e oferecendo atenção intensiva a pacientes com quadros mais graves, mas em âmbito ambulatorial (AMARANTE, 2008). Por meio dessa Reforma, foram propostas mudanças abrangentes no sistema de saúde e na assistência às pessoas com transtornos mentais, incluindo os usuários de drogas.

Nesse sentido, destaca-se trecho das diretrizes publicadas pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) (2022, p. 11):

Nos últimos 30 anos, a assistência em saúde mental no Brasil passou por várias transformações. Redes de saúde mental foram implementadas no SUS desde o início da década de 90 buscando tornar desnecessários hospícios e manicômios existentes desde a segunda metade do século XIX e predominantes, no campo da assistência, até o fim do século XX. Tais transformações são parte de um processo maior, conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira, que envolve trabalhadores, usuários, familiares, movimentos sociais, controle social, gestores e pesquisadores que buscam sustentar lugares sociais diferentes da exclusão, do confinamento e da segregação para as pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Com a Reforma, passa-se a compreender que essas pessoas podem e devem ser cuidadas e tratadas nos territórios em que vivem.

No ano de 1987, teve lugar a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Logo após, em 1989, foi apresentado, no Congresso Nacional, um projeto de lei proposto pelo deputado Paulo Delgado, que propugnava pela gradual abolição dos manicômios no território brasileiro. O projeto não foi aprovado, mas contribuiu como ponto de partida da Reforma Psiquiátrica, expandindo sua influência para o âmbito legislativo e regulamentar, promovendo um notável começo de transformação no cuidado da saúde mental no país (FONTE, 2012).

Nesse contexto, destaca-se a aprovação, em Minas Gerais, da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995. Essa lei abordou a promoção da saúde e a reintegração de indivíduos com sofrimento mental, além de estabelecer a implantação de ações e serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, para progressivamente extingui-los. Além disso, a legislação

regulamentou as internações, com destaque para as internações involuntárias (MINAS GERAIS, 1995).

Também como parte desse processo, ainda na década de 1990, em resposta ao compromisso assumido pelo Brasil na Declaração de Caracas e como resultado da II Conferência Nacional de Saúde Mental (realizada em 1992), importantes avanços foram alcançados na legislação brasileira. Essas conquistas resultaram nas primeiras leis federais que regulamentaram a criação dos serviços de atenção diária, inspirados pelas experiências bem-sucedidas dos primeiros CAPS, NAPS e hospitais-dias. Paralelamente, foram aprovadas as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, visando a assegurar a operacionalização das novas práticas terapêuticas. Essas iniciativas foram essenciais para o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ao promover um modelo de atendimento mais inclusivo, humanizado e com foco na reintegração social dos indivíduos com transtornos mentais.

A promulgação da Lei nº 10.216, em 2001, marcou um momento crucial na legislação brasileira, ao abordar a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Essa legislação dispôs sobre a proteção dos direitos das pessoas que sofrem transtornos mentais, redirecionando o atendimento em saúde mental e estabelecendo, ainda, que a medida de “internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem inefficientes”, de modo a priorizar “a reinserção social do paciente em seu meio” (BRASIL, 2001b).

No ano 2003, merece destaque a Lei nº 10.708, que instituiu o Programa “De volta para casa”, assegurando recurso financeiro que incentivasse o retorno às famílias e à comunidade de pacientes institucionalizados por longo tempo (BRASIL, 2003).

Ao longo do tempo, os antigos hospitais psiquiátricos foram substituídos por uma rede de serviços substitutivos. O modelo dos CAPS, não obstante a implantação iniciada na década de 1980, com pioneirismo em São Paulo, ganhou maior destaque com a regulamentação pela Portaria/GM nº 336, datada de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002a). Como mencionado, os CAPS são considerados como serviços ambulatoriais de atenção diária, projetados para funcionar de acordo com a lógica do território, para a reabilitação psicossocial.

Sobre o tema, destacam-se ainda as seguintes portarias publicadas pelo Ministério da Saúde: Portaria nº 224/1992 (Hospital dia, Núcleo de Apoio Psicossocial - NAPS)/Centros de Apoio Psicossocial - CAPS, oficinas terapêuticas), Portaria nº 106/2000 (Serviço Residencial Terapêutico), Portaria nº 336/2002 (Centro de Atenção Psicossocial I, II, III; Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas), Portaria

nº 2.197/2004 (Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas usuárias de *crack*, álcool e outras drogas) (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2002).

Nesse cenário, uma vez estabelecido e solidificado um novo modelo de atenção em saúde mental no setor público de saúde no Brasil, focado na abordagem humanizada e territorializada para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, entraram em vigor as políticas públicas de saúde destinadas aos usuários de drogas. Essas políticas demandam um conjunto de ações e serviços específicos para assegurar a atenção integral aos indivíduos envolvidos, como será abordado nas páginas seguintes.

A inclusão da problemática do álcool e das drogas nas políticas de saúde mental no Brasil ocorreu tardiamente e não foi isenta de desafios, debates e resistências. Durante um período significativo, a abordagem dessas questões estava ausente das políticas públicas, e muitos indivíduos com problemas relacionados ao uso de substâncias eram, em grande parte, negligenciados ou tratados em hospitais psiquiátricos. No entanto, com o tempo, cresceu o reconhecimento de que o uso prejudicial de álcool e drogas poderia ser abordado pelas políticas de saúde mental, e que uma abordagem integrada era fundamental para uma assistência mais abrangente e eficaz.

A Lei nº 10.216, publicada em 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001b), que redirecionou o modelo de atenção em saúde mental, não fez qualquer menção à atenção a pessoas em uso prejudicial de álcool e drogas.

Alinhado com as diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 2002, o Ministério da Saúde reconheceu a questão do consumo prejudicial de substâncias como um relevante desafio de saúde pública e estabeleceu uma política pública específica, inserida no âmbito da saúde mental. Foi feita a expansão dos serviços de saúde fora do ambiente hospitalar, resultando na criação dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD). Esses centros foram especificamente projetados para fornecer cuidados às pessoas que enfrentam problemas relacionados ao uso prejudicial de álcool e drogas, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 816/2002 (BRASIL, 2002b). Além disso, foram estipuladas normas para internações de pessoas com problemas associados ao consumo prejudicial dessas substâncias. Tais internações foram limitadas a 21 dias para situações de desintoxicação e 15 dias para casos de abstinência, conforme estabelecido pela Portaria GM/MS nº 817/2002 (BRASIL, 2002c).

Dessa forma, o Ministério da Saúde passou a preconizar que as ações em saúde mental ocorressem em rede, incentivando ações no âmbito da atenção primária e buscando a

integralidade em todos os níveis de atenção à saúde. A criação do CAPS AD desempenhou um papel crucial no atendimento a pessoas com transtornos associados ao uso excessivo de álcool e outras drogas. Isso se dá por meio da integração entre o cuidado clínico e reabilitação psicossocial, o que ajuda a reduzir o estigma social e a fomentar o empoderamento de cada usuário em seu processo de acolhimento e tratamento.

Destaca-se que, também no ano de 2003, o Ministério da Saúde consagrou a redução de danos como o marco teórico-político central de sua abordagem na política de atenção às pessoas que fazem uso de drogas. Esse marco representou uma mudança paradigmática, afastando-se de abordagens tradicionais pautadas na repressão e adotando uma postura mais humanizada e eficaz. Por meio dessa estratégia, o Ministério reconheceu a complexidade das práticas de uso de substâncias e priorizou a promoção da saúde, bem como a redução dos riscos associados, em contraposição à simples busca pela abstinência. Conforme ressalta Machado (2019, p. 36):

A Redução de Danos foi considerada como o marco teórico-político do Ministério da Saúde em sua política de atenção às pessoas que usam drogas, publicada no ano de 2003. Esta política partiu da consideração da complexidade das relações entre as pessoas, os contextos e as drogas e dos processos históricos e sociais que favoreceram a condenação moral, a criminalização e a medicalização das pessoas que usam drogas. Buscou produzir rupturas com estes processos e construir novas compreensões e novas formas de cuidado às pessoas que usam drogas.

Adiante, o Ministério da Saúde apresentou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD), também reconhecido como “Plano *Crack*”. O PEAD, estabelecido em 2009 e oficialmente delineado pela Portaria GM/MS nº 1.190 (BRASIL, 1990), abordou uma abrangente estratégia de enfrentamento das complexas questões associadas ao uso prejudicial de substâncias, com uma ênfase na problemática do *crack*. Sua implantação envolveu a expansão das redes de saúde, incluindo a criação de novos CAPS AD e unidades de acolhimento, a fim de oferecer tratamento e cuidados preventivos mais acessíveis.

O plano estruturou-se em quatro eixos, que englobavam a ampliação do acesso ao tratamento e à prevenção, no SUS, relacionados ao uso de álcool e outras substâncias, a diversificação das abordagens para prevenir, promover a saúde, tratar e minimizar riscos e danos, e a formulação de respostas interdisciplinares sensíveis ao contexto cultural, direitos humanos e à complexidade inerente a essa área clínica (BRASIL, 2009). O PEAD exemplificou a integração das esferas de saúde mental, assistência social, educação e segurança pública para abordar, de forma holística, os desafios ligados ao consumo abusivo de drogas, representando uma etapa significativa no cenário das políticas de saúde pública.

Em 2011, o Ministério da Saúde estabeleceu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria nº 3.088, na qual as CT também foram incorporadas como um dispositivo de cuidado em regime residencial (BRASIL, 2011b). No ano seguinte, em 2012, a Portaria MS nº 131 (BRASIL, 2012b) foi publicada, criando um incentivo financeiro para Municípios, Estados e o Distrito Federal, com o objetivo de apoiar a expansão dessa rede.

Com a introdução dos novos dispositivos de cuidado em saúde mental, surgiu a necessidade de estabelecer uma organização eficiente dos fluxos entre os serviços disponíveis. Nesse contexto, a Portaria GM/MS nº 3.088, datada de 23 de dezembro de 2011 instituiu que a RAPS integraria o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu pontos de atenção para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b).

Conforme disposto no artigo 5ª do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017, com atualização da Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023, a RAPS é constituída pelos seguintes componentes:

- I - Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:**
 - a) Unidade Básica de Saúde:**
 - 1. Equipes de Atenção Básica;
 - 2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas
 - 3. 1. Equipe de Consultório na Rua;
 - 4. 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório.
 - 5. Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.
 - b) Centros de Convivência e Cultura;**
- II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção:**
 - a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.**
- III - Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:**
 - a) SAMU 192;**
 - b) Sala de Estabilização;**
 - c) UPA 24 horas;**
 - d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro em Hospital Geral;**
 - e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros.**
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:**
 - a) Unidade de Acolhimento;**
 - b) Serviços de Atenção em Regime Residencial.**
- V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção**
 - a) Leitos de psiquiatria em hospital geral;**
 - b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral).**
- VI - Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:**
 - a) Serviços Residenciais Terapêuticos.**
- VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial:**
 - a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (BRASIL, 2017a, 2023d).**

Em Minas Gerais, a estruturação da RAPS está estabelecida na Resolução SES/MG nº 5.461, datada de 19 de outubro de 2016. Essa resolução instituiu a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e, como parte desse processo, regulamentou sua implantação e operacionalização, além de estabelecer as diretrizes e normas para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (MINAS GERAIS, 2016).

Dentro do contexto do Estado de Minas Gerais, a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.767, datada de 22 de março de 2022, foi aprovada, definindo as diretrizes gerais dos serviços que compõem a RAPS (MINAS GERAIS, 2022). Em 17 de novembro de 2022, foi publicada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.019, que aprovou o Plano de Ação da RAPS. Esse plano, com seu anexo único detalhado, descreve a estrutura da RAPS existente no Estado de Minas Gerais.

Por último, a Lei Estadual nº 22.460/2016, que estabelece diretrizes para o atendimento prestado pelas CT, para fins de seu reconhecimento no sistema público de saúde, aponta que essas entidades devem integrar a RAPS (MINAS GERAIS, 2016). No entanto, atualmente, as CT em Minas Gerais não fazem parte dela, sendo que deveriam desempenhar um papel complementar no tratamento de dependentes de álcool e drogas, muito embora as inspeções do MPF, tratadas oportunamente, não tenham constatado o exercício real deste papel. Não obstante, as CT, em princípio, devem atuar de forma integrada com as redes de saúde do seu território de abrangência e observar os atos normativos que disciplinam a RAPS (artigo 5º da Lei Estadual nº 22.460/2016).²

A maior parte das entidades que se intitulam CT, todavia, ainda atua à margem da lei, sem cumprir as exigências mínimas, fragilizando a RAPS, na qual estão previstas, em tese, como uma das estratégias de desinstitucionalização, embora, na prática, venham se apresentando, em linhas gerais, como uma fonte de abusos ao público que deveria proteger. Consiste, por lei, em Serviço de Atenção Residencial, destinando-se a ofertar cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório de, no máximo, nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, nos termos da Portaria nº 3.088/2011, artigo 9º, inciso II, com reiteração na Portaria de Consolidação MS nº 3/2017 e respaldo em decisão da desembargadora Consuelo Yoshida, do Tribunal Regional Federal da 3ª Região, segundo a qual as CT prestam serviços de acolhimento,

² Lei nº 22.460, de 23 de dezembro de 2016: “Art. 5º – As comunidades terapêuticas, desde o início de seu funcionamento, atuarão de forma integrada às redes de promoção da saúde, de tratamento, de reinserção social, de educação e de trabalho situadas em seu território e aos demais órgãos que atuam, direta ou indiretamente, em tais políticas sociais” (MINAS GERAIS, 2016).

não de internação, por não se qualificarem como equipamentos de saúde, mas instrumentos de apoio, nos termos da Resolução do Conad.

6.2 As comunidades terapêuticas e as normatizações da Vigilância Sanitária

No ano de 2001, a Anvisa, verificando a necessidade de regular minimamente as CT, publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101, definindo-as como serviços, urbanos ou rurais, 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, tendo por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, com suporte e acolhimento aos usuários abusivos e/ou dependentes de drogas, durante período estabelecido de acordo com o programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso (BRASIL, 2001a). Consistiam em lugares cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares, oferecendo ainda uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando-lhes a cidadania, na busca por novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e reinserção social.

De acordo com essa Resolução, ainda disciplinavam a atividade das CT as seguintes regras, entre outras: permanência voluntária; possibilidade de interrupção do acolhimento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si ou para terceiros, ou intoxicação por SPA, avaliadas e documentadas por profissional médico responsável; fornecimento antecipado ao usuário e seu responsável de informações e orientações dos direitos e deveres, quando da adesão ao acolhimento proposto; obrigação de, verbalmente e por escrito, informar ao candidato a acolhimento no serviço, sobre os regulamentos e normas da instituição, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância; manutenção dos cuidados com o bem-estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA e violência, resguardando a faculdade de o serviço estabelecer atividades relativas à espiritualidade; proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais, respeitando a dignidade e a integridade independente da etnia, credo religioso, ideologias, nacionalidade, preferência sexual, antecedentes criminais ou situação financeira; garantia de registro, no mínimo, três vezes por semana das avaliações e cuidados dispensados às pessoas em admissão ou acolhimento; obrigatoriedade de o recebimento da pessoa encaminhada por meio de mandado judicial pressupor sua aceitação das normas e do programa terapêutico do serviço; existência de um processo de seguimento para cada caso tratado, pelo período mínimo de um ano, partindo do pressuposto de que os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do abuso

de substâncias psicoativas eram espaços temporários de acolhimento, com tempo de permanência flexível, ante a unicidade de cada caso; explicitação, no programa terapêutico, do tempo máximo de internação, evitando a cronificação do acolhimento e a perda dos vínculos familiares e sociais; acessibilidade constante às informações do programa pela pessoa acolhida e seu responsável.

No ano de 2011, entretanto, a Anvisa publicou a RDC nº 29, que revogou a RDC nº 101/2001, deixando as CT de se pautarem pelas normas gerais dos serviços de saúde, exceção feita à hipótese do seu artigo 2º, parágrafo único (instituições que, em suas dependências, ofereçam serviços assistenciais de saúde ou executem procedimentos de natureza clínica distintos dos previstos na resolução) (BRASIL, 2011a). Destacou a nova resolução que cada residente das instituições deve ter ficha individual em que se registrem periodicamente o atendimento dispensado e as eventuais intercorrências clínicas observadas. A ficha deve contemplar itens como horário do despertar; atividade física; atividade desportiva; atividade lúdico-terapêutica variada; atendimento em grupo e individual; atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas; atividade que promova o desenvolvimento interior; atendimento médico; atendimento em grupo coordenado por membro da equipe; participação em rotina de limpeza, organização, cozinha, horta e outros; atividades de estudos para alfabetização e profissionalização; tempo previsto de permanência do residente na instituição; atendimentos à família (durante todo período de acolhimento); e atividades visando à reinserção social do residente.

Os artigos 19 e 20 da RDC 29/2011 ainda determinam que, no processo de admissão do residente, as instituições devem garantir respeito à pessoa e à família, independentemente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira; orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial; a voluntariedade da permanência e a possibilidade de interrupção do acolhimento a qualquer momento, nos exatos termos da RDC nº 101/2001 (BRASIL, 2001a).

Nesse diapasão, observa-se que as Resoluções de 2001 e 2011 trouxeram à tona a preocupação com a voluntariedade do acolhimento nas CT e com a plena informação ao candidato e família sobre as regras atinentes ao serviço, sempre procurando valorizar a dignidade humana. Todavia, há de se ponderar que algumas das disposições eram bastante abertas, tal como na exceção à voluntariedade da permanência, possibilitando um prolongamento excessivo do vínculo, que deveria ser temporário. Além disso, o tempo máximo

de permanência era meramente contratual, sem qualquer limite legal, conferindo subjetividade na análise do critério, pois variava conforme o programa de cada entidade. Por outro lado, considerando-se a exigência de que os candidatos assinassem termo de consentimento ao ingresso e às regras a que se submeteria, há de se entender pela impossibilidade de recebimento de pessoas incapazes já naquela época. Por fim, restou aberta a questão atinente à qualidade técnica dos programas desenvolvidos em cada entidade, para a aplicação aos acolhidos. Os termos e condições dos cuidados ao usuário do sistema foram negligenciados, priorizando o Estado legiferante tratar da estrutura física, em vez de igualmente pormenorizar a forma de execução da atenção técnica, falha não sanada pela Portaria nº 926, de 20 de outubro de 2023, do Ministério de Estado do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.

7 INTERNAÇÕES OU ACOLHIMENTOS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: O QUE PREVÊ A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

No item anterior, foram apresentados os processos de formulação de uma política de saúde mental e da implantação da RAPS no SUS, fundamentados em um novo paradigma de saúde mental, com base nas Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

As internações, previstas na Lei Federal nº 10.216/2001 conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001b), passaram a ser consideradas como último recurso a ser adotado na atenção em saúde mental, tornando-se essencial a compreensão das suas nuances e implicações para uma abordagem mais compassiva e eficaz no cuidado às pessoas com sofrimento mental grave.

Nesse contexto, a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001b) dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, prevendo as seguintes modalidades de internações psiquiátricas:

Art. 6º – A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

No tocante à internação voluntária, a lei prevê que a medida seja pautada pelo consentimento expresso do paciente. Deve ser amparada por laudo médico fundamentado, permitindo que a pessoa busque cuidados especializados de maneira consciente e participativa. Esse enfoque busca respeitar os direitos individuais, garantindo que as decisões de internação sejam baseadas no livre arbítrio, fortalecendo, assim, a relação de confiança entre os profissionais de saúde e os pacientes com suas necessidades psicossociais.

Já a internação involuntária, conforme delineada nas diretrizes da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001b), representa uma medida excepcional que pode ser adotada em situações de extrema gravidade, quando a pessoa com transtorno mental apresenta riscos iminentes a si mesma ou a terceiros. De acordo com a legislação, essa modalidade de internação exige um processo criterioso e regulamentado, que inclui a avaliação médica, recusa do usuário em relação ao tratamento ou sua incapacidade de expressar seu consentimento, a solicitação de um familiar ou responsável legal e o parecer de um médico não vinculado à instituição onde ocorrerá a internação, além da alocação de vaga pelo gestor da saúde.

Assegurar a proteção dos direitos do indivíduo e garantir um processo transparente, com participação da família e notificação às autoridades competentes, é essencial na aplicação da internação involuntária, colimando sempre reavaliar e priorizar alternativas menos restritivas aos direitos individuais.

É importante ressaltar que tanto a internação voluntária quanto a involuntária³ devem ser autorizadas por médico registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento de tratamento, conforme exigência do art. 8º, *caput*, da Lei nº 10.216/2001.

A lei estabelece, ainda, que todas as internações involuntárias e a respectiva alta devem ser comunicadas ao Ministério Público no prazo de 72 horas. O fim da medida pode se dar por solicitação escrita do familiar responsável legal quando indicado pelo especialista responsável pelo tratamento (art. 8º, §§ 1º e 2º da Lei nº 10.216/2011).

A internação voluntária ou involuntária bem como a determinação sobre qual abordagem adotar devem estar em consonância com as avaliações dos serviços de atenção primária, CAPS ou de urgência e emergência, que são aptos a verificar a necessidade da medida conforme a situação individual (OLIVEIRA, 2014).

Por sua vez, a internação compulsória, de acordo com a Lei nº 10.216/2001, ocorre sem a necessidade do consentimento do paciente ou de seu responsável legal. Sua implantação exige a abertura de um processo judicial que respeite todas as garantias do devido processo legal. É importante destacar que essa forma de internação não está condicionada à disponibilidade prévia de vagas por parte do SUS, e sua aplicação é determinada por decisão judicial, em conformidade com a legislação em vigor, conforme estipulado no artigo 9º dessa lei.

Ainda, conforme estabelecido na Lei nº 10.216/2001, é responsabilidade do Estado, por meio de suas políticas de saúde, viabilizar tratamento compulsório para indivíduos que enfrentam a dependência de drogas, quando o estado de saúde indica que o tratamento voluntário não é mais viável, comprovada a frustração das alternativas de tratamento ambulatorial, por tratar-se de medida coercitiva extrema.

Cumprе salientar, no entanto, que, pelas modificações introduzidas pela Lei nº 13.840/2019, a internação de pessoas usuárias ou dependentes de drogas passou a ser regulamentada pela própria Lei de Drogas (BRASIL, 2019c). Essa prática agora está restrita, em termos expressos, às categorias de internação voluntária e involuntária, sendo que a

³ As internações voluntárias e involuntárias também são regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 2.391/2002, a qual, contudo, nada dispõe sobre as internações compulsórias (BRASIL, 2002c).

legislação não mais faz menção à internação compulsória (artigo 23-A, §3º),⁴ que somente seria considerada em casos excepcionais, por interpretação principiológica, com alicerce na garantia da vida e da saúde do indivíduo, com a devida comprovação, se inertes as pessoas e órgãos autorizados pela legislação, respeitando-se todas as exigências legais para a internação involuntária.

Neste aspecto, a Lei nº 13.840/2019 trouxe as seguintes determinantes à Lei nº 11.343/2006, além de reiterar disciplinas já constantes na Lei da Reforma Psiquiátrica e na Resolução Conad nº 1/2015: que a internação involuntária do usuário deverá ser ordenada em rede de atenção à saúde, sendo a internação medida excepcional a ser concretizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, sempre em articulação com o serviço social e com prévia autorização médica (após avaliação por equipe multidisciplinar), não podendo ultrapassar 90 dias, findando-se obrigatoriamente a pedido da família ou do representante legal; que os serviços deverão ser articulados, baseados em protocolos técnicos (elaborados pela União) e evidências científicas, com atendimento individualizado; que é obrigatória a comunicação das internações e altas ao Ministério Público, Defensoria Pública, entre outros; e que está vedada qualquer modalidade de internação em CT acolhedoras (art. 23-A, IV, §9º).

Além de regulamentar a internação nos termos acima expostos, a lei mencionada introduziu a previsão do acolhimento como uma das formas de intervenção da política sobre drogas no caso concreto, regulamentando o acesso aos serviços suplementares das CT nos artigos 26-A e seguintes, com ênfase na voluntariedade da medida, conforme já detalhado no capítulo 3 deste trabalho.

Em Minas Gerais, a Lei nº 22.460/2016 disciplina a atividade das CT no Estado, descrevendo-as como serviços residenciais transitórios suplementares à RAPS regional, com as quais devem ter suas atividades interligadas, garantindo desenvolvimento do projeto terapêutico do usuário em articulação com o CAPS de referência; determinando fiscalização e acompanhamento das atividades daquelas que recebam recursos dos Fundos de Saúde pela Secretaria de Estado de Saúde; prescrevendo à adesão seu caráter voluntário e com encaminhamento pela rede pública de saúde, após avaliação clínica, psiquiátrica e odontológica; delineando o funcionamento dessas entidades de forma integrada com as redes

⁴ Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019: “Art. 23-A. [...] § 3º São considerados 2 (dois) tipos de internação: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas; II - internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida” (BRASIL, 2019c).

de promoção à saúde, reinserção social, educação e trabalho; restringindo o acolhimento a adultos. Em complemento, a Lei Estadual nº 13.317/1999 (Código de Saúde do Estado de Minas Gerais) é importante instrumento de tipificação de sanções às infrações sanitárias perpetradas por infringência às legislações federal e estadual, conjugado às normas do código de saúde do respectivo Município.

Em síntese, com base na premissa de que a internação representa uma medida extrema, a ser considerada somente após o esgotamento das opções terapêuticas ambulatoriais, é responsabilidade do Poder Público estimular o desenvolvimento e a consolidação da RAPS. Essa rede engloba serviços comunitários, ambulatoriais e hospitalares, com o propósito de proporcionar alternativas de tratamento e acolhimento que estejam em conformidade com os princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica.

8 POLÍTICAS INSTITUCIONAIS, REGULAMENTAÇÃO DE ATUAÇÃO NO ÂMBITO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS E A INTERPRETAÇÃO CONFORME OS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS

As CT são importante elemento, atualmente, da política brasileira sobre drogas. De acordo com o levantamento realizado pelo Conectas Direitos Humanos e pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) (2020), constante no estudo denominado “Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020”, o governo federal investiu cerca de 300 milhões de reais em CT, chegando esse montante a 569 milhões de reais ao se somarem os valores repassados por governos estaduais (250 milhões) e prefeituras de capitais (19 milhões), não se olvidando da imunidade tributária prevista na Lei Complementar nº 187/2021, verdadeiro financiamento indireto. Destaca o estudo que esse financiamento se faz acompanhado pelo planejamento, controle e avaliação, por não serem claros o tipo de serviço contratado, a composição do custo, insumos, produtos esperados, impacto e efetividade. Somente em 25 de abril de 2018, foram assegurados 87 milhões de reais para tais serviços, com publicação do Edital Senad nº 01/2018, fruto de parceria entre os Ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social. E, neste cálculo, ainda não se somaram as emendas parlamentares, que injetaram cerca de 30 milhões de reais no mesmo período (CONNECTAS DIREITOS HUMANOS; CEBRAP, 2020).

Em contraponto, no ano de 2017, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) do Ministério Público Federal (MPF), o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) publicaram o “Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas”, o qual constatou, em linhas gerais: o caráter asilar de referidas entidades; o isolamento dos internos; a incomunicabilidade; as restrições às visitas e saídas, com edificações similares a ergástulos; a retenção de documentos e dinheiro; a violação das correspondências e comunicações diversas; a ocorrência de internações involuntárias e compulsórias; a inexistência de laudo médico prévio ao acolhimento; a ausência de PIA; a violação da liberdade religiosa; a exploração do trabalho; a ausência de protocolos de desinstitucionalização; a inexistência de interlocução com a rede de atenção à saúde; a ausência de registros individuais completos; a fragilidade das equipes multidisciplinares; a administração irregular de medicações; a violação ética por psicólogos; sanções e indícios de tortura; a contenção de pessoas; vistorias e revistas inadequadas; presença irregular de adolescentes, idosos e pessoas com sofrimento mental não relativos ao abuso de drogas; ausência de alvará

sanitário; fiscalização deficiente dos órgãos competentes; financiamento público desprovido de controles prévio e ulterior.

Diante da dimensão dos investimentos públicos e das irregularidades constantemente apuradas, a Resolução nº 8/2019 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos reforçou, em especial em seu artigo 21, a necessidade de se extirparem as internações involuntárias em CT, por macularem a normatização nacional vigente, com destaque para o Decreto nº 6.949/2009 (com nível de Emenda Constitucional), a Lei nº 8.142/1990, a Lei nº 10.216/2001 e a Lei nº 13.146/2015. Sobredita internação, segundo o órgão, fere ainda a declaração conjunta de várias agências da ONU, datada de março de 2012 (sobre os centros de detenção e reabilitação obrigatórios relacionados com as drogas), a qual conclamou os países-membros para o fechamento de tais unidades. Em pormenorização, destacou a Resolução nacional precitada que os tratamentos cruéis e degradantes devem ser banidos; que os serviços pautados em isolamento e internações prolongadas devem ser substituídos gradualmente; que a assistência em saúde mental deve ocorrer especialmente em espaços abertos, no próprio território do usuário, com sua ciência plena e consentimento prévio; que as entidades de saúde mental existentes devem trocar sua estrutura velha por aquela desenhada pela Reforma Psiquiátrica brasileira, alicerçada na ideia de que a internação, em qualquer de suas modalidades, apenas será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes; que as internações devem se basear em laudo médico circunstanciado; as internações involuntárias e compulsórias estão previstas na Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001b), sendo que as últimas, em primeira revista, estão autorizadas apenas na hipótese de o usuário haver praticado delito, conforme prescrito no artigo 319, VII do Código de Processo Penal e no artigo 99 da Lei de Execução Penal, muito embora tais preceitos, em segunda análise, também estejam em colisão com os preceitos da Reforma Sanitária, devendo prevalecer a Reforma, porquanto a medida de segurança tem natureza de tratamento, não de punição; que a modalidade de internação prevista no Decreto-Lei nº 891/1938 (BRASIL, 1938) não foi recepcionada pela Constituição da República de 1988 e ainda é conflitante com a Lei posterior de nº 10.216/2001; que a Lei nº 13.840/2019 (BRASIL, 2019c), em seu artigo 23, seção IV, reproduz as orientações da Lei da Reforma Sanitária; que a fiscalização, o monitoramento e a intervenção do Poder Público nos serviços para pessoas em sofrimento mental, incluindo-se o abuso de drogas, é princípio presente nas convenções da ONU firmadas pelo Brasil, em especial na Carta da ONU de 1991 (princípio 22); que a Lei nº 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão) traz inúmeras hipóteses de controle, tais como nos artigos 7º, 8º e 97 (este, do Título III); que os órgãos de controle devem superar a precariedade e a desarticulação; que a priorização das fiscalizações deve ser nos serviços com características

asilares; que o sucateamento da saúde não pode justificar a restrição dos direitos dos usuários do sistema, em especial a liberdade; que o repasse de verba pública para os serviços relacionados à saúde mental por uso de entorpecentes somente deve ocorrer sob a existência de protocolos claros e sistemáticos de fiscalização pelos órgãos públicos e pela sociedade civil naquela localidade ou região (BRASIL, 2019a).

No microcosmo que gravita em torno do propósito de se extinguirem as internações excessivas do ponto de vista da saúde do usuário, o Conselho Nacional de Justiça fez publicar, em fevereiro de 2023, a Resolução nº 487/2023, que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, a qual tem por finalidade limitar a aplicação e a manutenção das medidas de segurança de internação exclusivamente aos casos em que o protocolo clínico individual assim indique como método mais adequado, em favor do cidadão em sofrimento mental, como forma de seu acolhimento e suporte. Nota-se claramente, dessarte, que o foco mudou da punição para o acolhimento de uma pessoa que, em verdade, não tinha pleno discernimento do que fazia, merecendo acolhimento pelo serviço de saúde, visando a seu reequilíbrio e à sua reinserção na família e na sociedade.

Em 2023, todavia, merece registro a criação, pelo governo federal, no âmbito do Ministério do Desenvolvimento Social, Família e Combate à Fome, por meio do Decreto Presidencial nº 11.392, do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas, decisão que recebeu críticas de certos seguimentos da sociedade, como da Conferência Livre Nacional de Mulheres e Saúde Mental Antimanicomial, em razão da natureza manicomial dessas entidades em relevante parcela das experiências implantadas no Brasil, como constatado no “Relatório de inspeção nacional do Ministério Público Federal” do ano de 2017. De acordo com os insurgentes, da mesma forma que a Portaria GM/MS nº 757/2023 excluiu da RAPS as unidades ambulatoriais especializadas, os hospitais psiquiátricos especializados, os hospitais dias e os CAPS AD IV, deveria também ter estendido a medida para as CT em defesa dos direitos humanos e da saúde mental territorial-comunitária.

Símile entendimento foi publicado pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio de sua Recomendação nº 1/2023, reforçando os termos da Recomendação Conjunta nº 1/2020 CNS, Conanda e CNDH, incrementando a discussão que indaga sobre o respeito do instituto jurídico CT, tal como previsto no ordenamento pátrio, em relação à Reforma Psiquiátrica e aos Direitos Humanos. Com a publicação do Decreto nº 11.634, de 14 de agosto de 2023, o referido departamento deixou de ser expressamente previsto, muito embora suas atividades relacionadas às CT continuem a ser contempladas na seara de competências administrativas do então criado

Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuentes em Álcool e Drogas, havendo, em princípio, apenas um ajuste de nomenclatura.

No âmbito do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, por seu turno, foi publicada recentemente a Resolução PGJ nº 7/2023, a qual implanta o SIAPI (Sistema de Comunicação de Internações Psiquiátricas Involuntárias e Respectivas Altas) e regula a forma de comunicação à instituição das internações psiquiátricas involuntárias, nos termos determinados pela Lei Federal nº 10.216/2001 e pela Lei Estadual nº 11.802/1995, sob a luz da Lei Federal nº 13.840/2019 (MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS, 2023).

A norma mencionada reconhece e regula a necessidade de a internação somente ser realizada se esgotadas todas as medidas extra-hospitalares; a obrigatoriedade de as internações e altas psiquiátricas involuntárias serem comunicadas ao *Parquet*; o limite temporal de 90 dias para tais internações; a necessidade de uniformização das comunicações pelos estabelecimentos de saúde; a importância de o sistema não apenas permitir a comunicação, mas viabilizar o acompanhamento da internação; o registro dos dados pelas próprias entidades; a emissão de alertas ao Promotor de Justiça quando extrapolados determinados prazos previstos em lei; a pesquisa de internações e altas, evitando-se abusos; o cadastro, por estabelecimento, das pessoas autorizadas a acessar o sistema e alimentá-lo; o respeito à Lei-Geral de Proteção de Dados, à privacidade, à inviolabilidade da intimidade, da honra e da imagem, além dos direitos humanos, do livre desenvolvimento da personalidade, da dignidade e do exercício da cidadania pelas pessoas naturais.

Por outro lado, da leitura da Resolução, observa-se sua inaplicabilidade aos casos das CT, que somente podem realizar acolhimento, por se tratar de serviço destinado a usuários capazes que desejam superar a drogadição voluntariamente. Nesse contexto, a fiscalização permanente das CT acabou fragilizada perante os órgãos de execução ministerial, visto que inexistente a possibilidade de acompanhamento via sistema dos acolhimentos realizados (conferindo-se as documentações providenciadas), a fim de se saber se o acolhido realmente teve seus direitos assegurados, evitando-se a posterior forja de provas e a consumação de cárcere privado ou sequestro.

No campo traçado, a atuação ministerial acaba perdendo parte de seu caráter preventivo, passando a depender, em larga escala, da ação das Vigilâncias Sanitárias Estadual e Municipais, além das representações dos cidadãos, que podem provocar o Promotor de Justiça diante de eventuais ilegalidades. E justamente nessa atuação, o Ministério Público deve valer-se de todos os recursos necessários à proteção da vida, da integridade física e da liberdade daqueles acolhidos em CT.

No cotidiano, várias são as ações coordenadas pelo MPMG, em parceria com as Vigilâncias Sanitárias, Polícias Civil e Militar, além da Defensoria Pública, seja em inspeções, propositura de ações civis públicas e oferecimento de denúncias na esfera penal. Para tanto, além da diligência em si, importante que se imprima a interpretação adequada das normas vigentes, expressas ou implícitas, quando da elaboração das peças jurídicas, a fim de que haja a devida tutela dos direitos individuais em detrimento de posturas típicas de capitalismo selvagem.

A extensão e o caráter fragmentário das normas de saúde pública dificultam sua concreção pelos gestores e, sobretudo, pelos aplicadores da lei. A complexidade da matéria não é fundamento para seu pouco conhecimento no meio acadêmico, seja na seara das ciências médicas ou jurídicas. Entretanto, sua dispersão e volatilidade criam obstáculos claros à propagação do conhecimento e à aplicação da lei de forma mais ponderada, com máximo respeito à vontade objetiva do legislador, submetida a releituras estritamente necessárias diante das questões judicializadas.

O Direito Sanitário brasileiro tem sua norma magna extraída do artigo 196 da Constituição da República, segundo o qual “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, acrescendo o art. 198, inciso II, que, nas ações e serviços públicos de saúde, haverá “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Nesse contexto, depreende-se de imediato surgirem alguns princípios que regem a matéria: universalidade, prevenção, igualdade e integralidade.

Princípios são valores basilares de uma determinada sociedade a serem ponderados quando da prática de atos jurídicos, entre os quais os de Estado, tais como a elaboração de leis, a tomada de decisões administrativas e o proferimento de sentenças. As normas que regem nossa sociedade, portanto, não se restringem àquelas explícitas na Constituição Federal, leis e demais atos regulatórios infraconstitucionais. Todo o arcabouço jurídico é norteado por princípios que o direcionam na proteção sobretudo dos valores mais caros da sociedade, em especial aqueles relacionados ao direito natural, às liberdades constitucionais e aos direitos sociais.

José Afonso da Silva (1996, p. 94) define-os como:

Ordenações que se irradiam e imantam os sistemas de normas, [são (como observam Gomes Canotilho e Vital Moreira) “núcleos de condensações” nos quais confluem valores e bens constitucionais]. Mas, como disseram os mesmos autores, [os princípios, que começam por ser a base de normas jurídicas, podem estar

positivamente incorporados, transformando-se em *normas-princípio* e constituindo preceitos básicos da organização constitucional].

A teoria discursiva do Direito, de Robert Alexy, desenvolvida na Alemanha da segunda metade do século XX, cujos elementos fundamentais são a argumentação jurídica, a teoria dos princípios e o conceito de Direito, leciona que a aplicação do Direito deve transcender a subsunção do fato à norma, por variados fatores, entre os quais a existência de lacunas e contradições na lei. Nesse cenário, cria-se uma margem de manobra àquele a quem cabe uma decisão, juízo de valor este que deve se pautar em argumentação fundamentada também na Ética e na Filosofia, com o escopo final de convencer uma maioria, estabelecendo um raciocínio lógico-moral correto ante o Direito positivado, a ciência do Direito e a jurisprudência. A teoria dos princípios insere-se justamente nesse ponto, ao caracterizá-los como comandos de otimização em relação às possibilidades fáticas e jurídicas, de modo que a colisão entre princípios se resolva pela ponderação diante do caso concreto e não pela invalidação de um deles (ou utilização de uma cláusula de exceção), como ocorre nos conflitos entre regras.

Note-se que, da teoria de Alexy, surge tecnicamente a fórmula de que um princípio se sobrepõe a outro diante de determinadas condições. E, para a estruturação de cada ponderação, deve-se atentar para a máxima da *proporcionalidade*, composta não apenas pela ideia estampada em seu nome em si, mas igualmente pela *adequação* (real atingimento da finalidade almejada) e pela *necessidade* (utilização do meio que menos restringe o outro princípio), sendo que, quando realizada a ponderação na seara de uma decisão judicial, não pode ela substituir arbitrariamente a ponderação previamente efetivada pelo legislador, sob pena de violar a separação harmônica dos poderes.

Do conceito de Direito de Alexy, por fim, infere-se a conexão entre Direito e Moral, entendida esta sob o prisma da ideia de justiça, nos termos da doutrina não positivista, concluindo o autor que a conexão entre a teoria dos princípios e a teoria do discurso jurídico decorre de aquela reconstruir a estrutura da ponderação valendo-se de fundamentação organizada por esta. O grau de *fundamentabilidade* da decisão é que gera o convencimento, portanto, sua correção aos olhos de terceiros (TRIVISONNO; OLIVEIRA, 2023).

Com esse cuidado no uso da hermenêutica é que se deve atuar ante a tutela dos direitos individuais, sobretudo quando restringem direito constitucional de máxima ordem como a liberdade de ir e vir. Cidadãos dependentes de drogas não podem ser segregados contra a sua vontade em CT, sem ciência do Poder Público, desprovidos de amparo em laudo médico devidamente fundamentado e lá permanecerem por tempo indeterminado sob a alegação do risco provável de retorno ao uso de drogas. A liberdade de tais pessoas não pode ser restringida

ao arrepio da lei sob o argumento de que a segregação é a melhor postura para a saúde delas, mesmo quando colocadas em entidades inadequadas, que não integram o sistema de saúde e não têm capacidade técnica para o acompanhamento e desenvolvimento do indivíduo.

Os aplicadores da lei, em especial nas ações de internação compulsória, nos casos extremos em que cabíveis, precisam ater-se fielmente aos preceitos legais, não admitindo ampliações que maculem a liberdade do dependente de drogas. O uso de entorpecentes apresenta causas múltiplas, e a conscientização desse cidadão deve estar atrelada a um processo que demanda tempo e motivação. A saída do vício está intimamente ligada à vontade do dependente de drogas de trilhar esse caminho de volta, não à força, à prisão ou à violência, sem prejuízo de aplicação das sanções legais quando violada a legislação vigente, em seus estritos limites.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da Constituição de 1988, que reconheceu a saúde como um direito fundamental e alinhada com as orientações estabelecidas pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica, o Brasil implantou um novo modelo de atenção em saúde mental no Sistema Único de Saúde, o qual prioriza o tratamento integral e humanizado dos usuários, com ênfase na utilização de recursos extra-hospitalares.

A discussão sobre a inclusão das políticas públicas relativas ao uso de drogas no cenário brasileiro ocorreu tardiamente, somente a partir do século XXI. Essa inclusão foi motivada principalmente pela necessidade de preservar a saúde pública, embora tenha se concentrado primariamente no âmbito da segurança pública. Nesse processo regulatório tardio, muitos usuários eram frequentemente internados em hospitais psiquiátricos, frequentemente como resultado de políticas de segregação e exclusão social. Como resposta a esse contexto, em todo o País, surgiram alternativas de atendimento por meio de instituições, na maioria das vezes, de caráter filantrópico e religioso, com foco principal na busca pela abstinência.

As CT surgiram, na Inglaterra e na Itália, como uma solução humanística para os casos envolvendo saúde mental, colimando deixar a internação hospitalar para as hipóteses de estrita necessidade.

Ao desembarcar, entretanto, em território brasileiro, em um processo tardio de inclusão e regulamentação, a CT assumiu um caráter empresarial, em cenários de relevantes violações a direitos individuais, conforme retrato pincelado pela inspeção organizada pelo Ministério Público Federal no ano de 2017, ainda hoje sem reflexo efetivo em boa parte do País.

A trajetória das comunidades terapêuticas no Brasil foi, em grande parte, moldada pela atuação de grupos religiosos, evoluindo independentemente das políticas públicas, sem regulamentação ou supervisão adequadas. Isso resultou em uma diversidade significativa de comunidades terapêuticas, apresentando uma ampla gama de formatos, tamanhos e fontes de financiamento, tornando desafiadora a elaboração de um modelo único para caracterizar essas instituições. A maioria das instituições autodenominadas “comunidades terapêuticas”, no entanto, ainda opera à margem da lei, deixando de cumprir as exigências mínimas estipuladas.

As CT estão formalmente inseridas no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), conforme estabelecido pelo Decreto nº 9.761/2019 e pela Lei nº 13.840/2019.

Nesse contexto, evoluções legislativas, administrativas e de controle são imperativas. Em um primeiro prisma de análise, a esfera legislativa requer a unificação da regulamentação das CT para facilitar sua compreensão e aplicação, sobretudo nos tópicos atinentes aos

requisitos de admissão, prazos de permanência, normas sanitárias, repasses de verba pública e sistemas de controle.

No âmbito administrativo, seria relevante o desenvolvimento, pela União, de um sistema para: a) o cadastro de todas as CT, com a juntada dos alvarás de instalação e funcionamento emitidos pelo Corpo de Bombeiros e a Vigilância Sanitária (no âmbito municipal), com aviso automático de vencimento às autoridades competentes; b) para o registro obrigatório, pelas CT, de todo e qualquer acolhimento realizado, com via digital dos documentos pessoais e médicos do cidadão; c) para o registro dos dados bancários únicos da entidade. O sistema seria acessível a todos os órgãos de controle para consulta, facultaria o lançamento das diligências fiscalizatórias empreendidas e viabilizaria a suspensão dos repasses de verba até que apuradas e sanadas as irregularidades identificadas.

A existência de um sistema único para o território brasileiro evitaria a propagação de acolhimentos sucessivos, por prazo indevido, em diferentes Unidades Federativas. Por outro lado, os dados bancários permitiram não apenas o monitoramento do dinheiro público aplicado como também o bloqueio judicial de verba em caso de ser necessário para o encaminhamento de cidadãos acolhidos ilegalmente.

Imprescindível à União, outrossim, regular o sistema básico de educação e orientação técnica nas CT, padronizando métodos e materiais, sem prejuízo de disciplinas complementares em cada unidade, conforme seus valores próprios, desde que consoantes à dignidade humana e aos preceitos constitucionais.

No âmbito da Administração, ainda seria importante a orientação e a instrumentalização das Vigilâncias Sanitárias Municipais, evitando-se a prevalência de valores pessoais, com acompanhamento regionalizado pelas Superintendências Regionais de Saúde, na experiência do Estado de Minas Gerais. As inspeções, normalmente efetivadas uma vez a cada ano, com vistas à renovação de alvará, poderiam ser ampliadas em número, conferindo-se *in loco*, além das exigências da Anvisa, os dados lançados no sistema, em especial quanto ao número e qualificação dos internos, além da voluntariedade de cada qual, com retroalimentação do sistema.

No tocante aos órgãos de controle, entre os quais o Ministério Público, o acesso deles à informação deve ser otimizado, o que ocorreria com o sistema informatizado único mencionado, por acesso espontâneo, provocado ou decorrente de notificação pelo próprio sistema. Necessário ainda que as casas correcionais desses órgãos atuassem para conferir o andamento às pendências lançadas no sistema, tal como ocorre diante das representações ofertadas perante a Ouvidoria do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, em relação às

quais há prazo para devolutiva. As Polícias Civil e Militar, por sua vez, precisam ser capacitadas e acionadas com a maior imediatidade possível, viabilizando-se as prisões e as instaurações de investigações nos termos estritos da lei, além dos pedidos judiciais quanto a bloqueio de valores monetários e restrição a bens.

Alfim, o Ministério Público deve se utilizar de elementos que legitimam sua atuação resolutiva, priorizando uma abordagem que esteja alinhada com os princípios constitucionais e a proteção dos direitos fundamentais daqueles que sofrem de transtornos mentais associados à dependência de álcool e drogas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José de Carvalho; CARVALHO, Antônio Ivo. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 635-641.

BRASIL. Acessar comunidades terapêuticas. **Gov.br**, Brasília, 21 ago. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 6 out. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional Antidrogas. **Resolução nº 3/GSIPR/CH/Conad, de 27 de outubro de 2005**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2005a. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2005/resolucao-3-gsipr-2005.pdf>. Acesso em: 29 set. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em: 30 out. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. **Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019**. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Brasília, DF, Ministério dos Direitos Humanos, 2019a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/Resoluon8sademental.pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938**. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm. Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841. Homologa a fundação do Hospício de Pedro II, anexo ao hospital da Santa Casa da Misericórdia, para tratamento de alienados. **Revista Médica Brasileira**, [S. l.], v. 1, n. 3, jun. 1841. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/text/d82.php>. Acesso em: 17 jul. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2010a]. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm. Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Presidência da República, [2019b]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm. Acesso em: 11 ago. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 10.473, 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, DF: Presidência da República, [2020a]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10473.htm#art1. Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023.** Brasília, DF: Presidência da República, [2023b]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11392.htm. Acesso em: 9 out. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 11.634, de 14 de agosto de 2023.** Brasília, DF: Presidência da República, [2023c]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11634.htm#art3. Acesso em: 14 out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, [2001b]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.** Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF: Presidência da República, [2003]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2006]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm. Acesso em: 29 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019.** Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942,

8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, DF: Presidência da República, [2019c]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113840.htm. Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 165, seção 1, p. 51, 28 ago. 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2016/res-n-1-19-8-2015.pdf>. Acesso em: 30 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 143, seção 1, p. 29, 28 jul. 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833>. Acesso em: 29 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html. Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-RDC nº 101, de 30 de maio de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/rdc0101_31_05_2001.html#:~:text=O%20documento%20aqui%20regulamentado%20%C3%A9,subst%C3%A2ncias%20psicoativas%2C%20segundo%20modelo%20psicossocial. Acesso em: 31 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 11 ago. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf. Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 131, de 26 de janeiro de 2012**. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de serviços de atenção em regime residencial, incluídas as comunidades terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 11 ago. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023**. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nºs 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Brasília: Ministério da Saúde, 2023d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757_22_06_2023.html. Acesso em: 11 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html. Acesso em: 11 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 817, de 30 de abril de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_817.pdf. Acesso em: 11 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html. Acesso em: 11 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MG nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002**. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/portaria-gm-ms-2391-2002.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MG nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 11 ago. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação-Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas, 2005, Brasília. **Relatório [...]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. Política Nacional Antidrogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 165, 27 ago. 2002e. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/PNAD_VersaoFinal.pdf. Acesso em: 29 set. 2023.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS; CEBRAP. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos, 2020. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-Cts-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 6 out. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas**. Brasília: CFP; MNPCT; PFDC; MPF, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%Aauticas.pdf>. Acesso em 29 out. 2023.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Guia para o trabalho nas redes de atenção psicossocial em Minas Gerais: diretrizes e orientações**. Belo Horizonte: Editora ESP-MG, 2022. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/images/documentos/Guia_Trabalho_na_RAPS_Diretrizes_e_Orientacoes.pdf. Acesso em: 31 out. 2023.

FEBRAC. **Estatuto da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas**. Campinas: Febract, 2020. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2022/03/3-Estatuto-FEBRAC-%C3%BAltima-vers%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 6 out 2023.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Da institucionalização da loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Estudos de Sociologia*, Recife, v. 1, n. 18, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235>. Acesso em: 15 jul. 2023.

FRACASSO, Laura. **Comunidades terapêuticas: histórico e regulamentações**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2018. Disponível em: http://www.mpgg.mp.br/portal/arquivos/2018/08/09/15_25_10_992_Artigo_Comunidades_Terapeuticas_Historico_e_Regulamentos.pdf. Acesso em: 23 mar. 2023.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à saúde pública. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul./set. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/fmMpJSxrL6wNT8B3KkcB3Bj/>. Acesso em: 31 out. 2023.

MACHADO, Ana Regina. **Práticas de saúde às pessoas que usam drogas: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas?**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/51359/T_2019_%20Ana%20Regina%20Machado.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 9 ago. 2023.

MACHADO, Ana Regina. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de**

saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ECJS-6Y7K78/1/ana_regina_machado.pdf. Acesso em: 18 jul. 2023.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.767, de 22 de março de 2022**. Aprova as diretrizes gerais dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Estado de Minas Gerais, que são cofinanciados pela Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e pela Política de Atenção Hospitalar - Valora Minas, no âmbito do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=23432-deliberacao-cib-sus-mg-n-3-767-de-22-de-marco-de-2022?layout=print. Acesso em: 30 out. 2023.

MINAS GERAIS. **Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995**. Dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 1995. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=828. Acesso em: 15 jul. 2023.

MINAS GERAIS. **Lei nº 13.317, de 24 de setembro de 1999**. Contém o Código de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 1999. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/13317/1999/?cons=1>. Acesso em: 16 jul. 2023.

MINAS GERAIS. **Lei nº 22.460, de 23 de dezembro de 2016**. Estabelece diretrizes para o atendimento prestado pelas comunidades terapêuticas no Estado. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2016a. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/22460/2016/>. Acesso em: 5 set. 2023.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução nº 5.461, de 19 de outubro de 2016**. Institui a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, estabelecendo a regulamentação da sua implantação e operacionalização e as diretrizes e normas para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2016b. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=18278-resolucao-ses-mg-n-5-461-de-19-de-outubro-de-2016?layout=print#:~:text=OUTUBRO%20DE%202016.,RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%20FMG%20N%C2%BA%205.461%2C%20DE,19%20DE%20OUTUBRO%20DE%202016.&text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Estadual%20de,no%20estado%20de%20Minas%20Gerais. Acesso em: 29 out. 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS. **Resolução PGJ nº 7, de 22 de março de 2023**. Dispõe sobre o Sistema de Comunicação de Internações Psiquiátricas Involuntárias e Respectivas Altas (SIAPI). Belo Horizonte: MPMG, 2023. Disponível em: https://mpnormas.mpmg.mp.br/files/1/1-1-D539-28-res_pgj_07_2023.pdf. Acesso em: 31 out. 2023.

OLIVEIRA, Luciano Moreira. Atenção à saúde das pessoas usuárias de drogas e internações psiquiátricas. *In*: GRINOVER, Ada Pellegrini; ALMEIDA, Gregório Assagra; GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; LIMA, Paulo Cesar Vicente; IENNAO, Rodrigo. **Direitos fundamentais das pessoas em situação de rua**. 2 ed. Belo Horizonte: D'Plácido, 2014. p. 471-496.

SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo. 11. ed. São Paulo: Malheiros, 1996.

TRIVISONNO, Alexandre Travessoni Gomes; OLIVEIRA, Júlio Aguiar de. As condições e a estrutura da ponderação de princípios na Teoria Discursiva do Direito: o STF realmente pondera? **Revista de Informação Legislativa: RIL**, Brasília, v. 60, n. 238, p. 11-31, abr./jun. 2023. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/60/238/ril_v60_n238_p11. Acesso em: 30 out. 2023.