

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROFIAP - MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Luana Ferreira Braga Benirschke

**CANTO DOS MALDITOS: UMA ANÁLISE SOBRE O PAPEL DAS COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS NO PANORAMA DA POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGAS NO
BRASIL**

VOLTA REDONDA, RJ
2025

LUANA FERREIRA BRAGA BENIRSCHKE

**CANTO DOS MALDITOS: UMA ANÁLISE SOBRE O PAPEL DAS COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS NO PANORAMA DA POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGAS NO
BRASIL**

Dissertação apresentada ao PROFIAP, como parte
dos requisitos necessários para a qualificação do
mestrado em Administração Pública em Rede
Nacional.

Orientadora: Professora Doutora Claudia Henschel de Lima

VOLTA REDONDA, RJ
2025

Ficha catalográfica automática - SDC/BAVR
Gerada com informações fornecidas pelo autor

B467c Benirschke, Luana Ferreira Braga
Canto dos malditos: uma análise sobre o papel das comunidades terapêuticas no panorama da política de álcool e drogas no Brasil / Luana Ferreira Braga Benirschke. - 2025. 179 f.: il.

Orientador: Claudia Henschel De Lima.
Dissertação (mestrado profissional)-Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Volta Redonda, 2025.

1. Políticas sobre Drogas. 2. Comunidades Terapêuticas. 3. Reforma Psiquiátrica. 4. Políticas de Saúde Mental. 5. Produção intelectual. I. Henschel De Lima, Claudia, orientadora. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Sociais. III. Título.

CDD - XXX

Bibliotecário responsável: Debora do Nascimento - CRB7/6368

LUANA FERREIRA BRAGA BENIRSCHKE

**CANTO DOS MALDITOS: UMA ANÁLISE SOBRE O PAPEL DAS COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS NO PANORAMA DA POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGAS NO
BRASIL**

Aprovada em 31 de outubro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Cláudia Henschel de Lima (Orientadora)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Professora Doutora Ana Karenina de Melo Arraes Amorim
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Professor Doutor Thales Fabricio da Costa e Silva
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Volta Redonda
2025

DEDICATÓRIA

Dedico à Luma, minha princesa, e aos meus avós, Denair e Edson,
sem vocês eu nada seria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha filha, Luma, luz dos meus dias e inspiração constante. Sua existência dá sentido a cada passo que dou, e é por você que sigo em frente com coragem e esperança. Que esta pesquisa seja um reflexo do amor que me move e da vontade de construir um futuro melhor para nós.

Agradeço aos meus avós, Denair e Edson, pilares da minha história e da minha essência. Foram vocês os responsáveis pela minha criação e educação, e tudo o que sou carrega a marca do cuidado, da dedicação e dos valores que me transmitiram. Com vocês aprendi o valor da sabedoria, da paciência e da generosidade. Cada conquista minha carrega um pouco do que herdei de vocês: força, ternura e fé. Sem o amor e o apoio de vocês, nada disso seria possível.

Agradeço à minha namorada, Marília, pela inteligência afiada, pelas conversas profundas e pelas ideias que sempre me desafiaram a pensar além. Sua capacidade crítica, suas sugestões e sua consciência de classe enriquecem meu olhar sobre o mundo e esta pesquisa carrega um traço dessa influência generosa e transformadora. Sou grata também aos seus pais, Elizete e Carlos, sempre compreensivos e amorosos comigo, cujo cuidado fez toda diferença ao longo dessa jornada.

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Claudia Henschel, pela generosidade com que compartilhou seus conhecimentos e pela acolhida sempre gentil, que fizeram da orientação um espaço de aprendizado e afeto. Sua paciência nos momentos de dúvida e sua escuta atenta foram fundamentais para que eu encontrasse segurança e clareza ao longo do caminho. Esta pesquisa carrega, com orgulho, marcas do seu olhar cuidadoso e da sua paixão pelo saber. Sua presença foi essencial para que este percurso fosse mais leve, mais lúcido e mais significativo.

Agradeço às minhas amigas, Angela, Conceição e Mayara, que contribuíram de forma significativa para a elaboração desta pesquisa — seja com ideias, sugestões, leituras compartilhadas ou simplesmente estando presentes nos momentos em que a motivação parecia faltar. A troca com vocês foi essencial para que esta pesquisa ganhasse consistência, afeto e sentido. Sou profundamente grata por cada conversa, cada apoio e cada gesto de parceria ao longo dessa jornada.

Agradeço à banca examinadora, Professora Doutora Ana Karenina e o Professor Doutor

Thales Costa, pelas valiosas contribuições, pelas observações criteriosas e pelo olhar atento dedicado a esta pesquisa. As reflexões propostas enriqueceram ainda mais o processo e foram levadas em consideração com grande apreço.

Agradeço às minhas crianças, Lua, Francisca, Alfredo e Pimpão, pelos ronronados que acalmam a alma e pela companhia fiel nas longas noites de leitura. Entre uma página e outra, a presença de vocês tornaram o processo mais leve e mais aconchegante.

Agradeço aos professores e aos colegas do Profiap que fizeram parte desta jornada, pela convivência respeitosa e pelas trocas que enriqueceram esta jornada. Compartilhar esse caminho com vocês tornou a experiência mais significativa.

Por fim, agradeço aos que vieram antes e que, na luta por liberdade e cuidado, continuam a nos inspirar com sonhos de justiça. Àqueles que abriram caminhos na luta antimanicomial, que ousaram imaginar um mundo sem muros, sem silenciamentos, sem exclusões. Que suas vozes, muitas vezes sufocadas, sigam ecoando em nossos gestos, nossas palavras e nossas escolhas. Que esta pesquisa seja também um sopro de resistência e cuidado, guiada pelo desejo de um viver mais livre, mais digno e mais coletivo.

*À Neide,
Somos ainda noventa e três mil confinados em
chiqueiros psiquiátricos brasileiros.
Vamos juntos dar um basta. Beijos,
Carrano, 8-9-91
(Austregésilo Carrano Bueno)*

RESUMO

A política sobre drogas sofre, no Brasil, de uma instabilidade provocada por práticas de governamentalidade do espectro da extrema direita, que tendem a identificar o problema do uso abusivo de substâncias psicoativas ilícitas a um problema de polícia relegando, a segundo plano, o fato de ser um problema de saúde mental pública. Neste processo, as Comunidades Terapêuticas (CTs) cumprem um papel híbrido: ao mesmo tempo moral e policial. A presente pesquisa tem, como objetivo geral, analisar criticamente o papel das CTs nas políticas públicas brasileiras sobre drogas, especialmente a partir de 2016, a fim de evidenciar os impactos dessas instituições na consolidação de práticas de controle social, exclusão e marginalização de populações vulnerabilizadas, em contraposição aos princípios da Reforma Psiquiátrica (RP) e da abordagem de Redução de Danos (RD). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujo planejamento metodológico foi dividido em três etapas. A primeira etapa consistiu no levantamento da bibliografia acerca do processo de formulação da política sobre drogas no marco da RP. A segunda etapa dedicou-se ao levantamento dos dados referentes à formulação da política pública sobre drogas no Brasil por meio de documentos do governo brasileiro em três momentos distintos: o período antes da RP; o momento em que essa política passa a integrar o processo mais amplo da RP; e o período de 2016 a 2022, com vistas a fim de identificar a evolução quantitativa das CTs, seu protagonismo como método de abordagem e comparando com os princípios da RP. Já na terceira etapa foi utilizado o modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon, cujo objetivo foi a identificação dos fatores que influenciam na condução de decisões políticas na elaboração e formulação das políticas públicas que atendam aos interesses do espectro político presente. Os resultados mostraram que, desde 2016, a política sobre drogas no Brasil tem favorecido modelos proibicionistas, com foco em abstinência e controle social. As CTs se consolidaram como resposta institucional, especialmente para populações vulnerabilizadas, reforçando estigmas e práticas de exclusão. A pesquisa gerou como produto, um *relatório técnico-conclusivo* com recomendações a gestores de diversas áreas acerca dos principais eixos de uma política de álcool e outras drogas demarcada pelos princípios da RP.

Palavras chaves: Política sobre Drogas; Comunidades Terapêuticas; Reforma Psiquiátrica; Política de Saúde Mental.

ABSTRACT

Drug policy in Brazil suffers from instability caused by far-right governance practices that tend to identify the problem of the abuse of illicit psychoactive substances as a police problem, relegating to the background the fact that it is a public mental health problem. In this process, Therapeutic Communities (TCs) fulfill a hybrid role: simultaneously moral and policing. This research aims to critically analyze the role of TCs in Brazilian public drug policies, especially since 2016, in order to highlight the impacts of these institutions on the consolidation of social control practices, exclusion, and marginalization of vulnerable populations, in contrast to the principles of the Psychiatric Reform (PR) and the Harm Reduction (HR) approach. This is a qualitative research study, whose methodological planning was divided into three stages. The first stage consisted of a literature review on the drug policy formulation process within the framework of PR. The second stage focused on gathering data related to the formulation of public drug policy in Brazil through Brazilian government documents at three distinct points in time: the period before PR; the moment when this policy became part of the broader PR process; and the period from 2016 to 2022, in order to identify the quantitative evolution of TCs, their prominence as an approach method, and comparing them with the principles of PR. The third stage utilized Kingdon's multiple streams model, aiming to identify the factors influencing political decision-making in the development and formulation of public policies that serve the interests of the current political spectrum. The results showed that, since 2016, drug policy in Brazil has favored prohibitionist models, focusing on abstinence and social control. TCs have become established as an institutional response, especially for vulnerable populations, reinforcing stigmas and exclusionary practices. The research resulted in a conclusive technical report with recommendations for managers in various areas regarding the main axes of an alcohol and other drug policy guided by the principles of psychological rehabilitation.

Keywords: Drugs Policy; Therapeutic Communities; Psychiatric Reform; Mental Health Policy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CIEP - Centros Integrados de Educação Pública
CONAD - Conselho Nacional Antidrogas
CONFEN - Conselho Federal de Entorpecentes
CT - Comunidades Terapêuticas
DF - Distrito Federal
ECA - Estatuto da Criança e Adolescência
EJA - Ensino de Jovens e Adultos
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FUNAD - Fundo Nacional Antidrogas
FUNCAB - Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso
HIV - Vírus da imunodeficiência humana.
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LNUD – Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira
LSD - Dietilamida do ácido lisérgico
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NT - Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN
ONU - Organização das Nações Unidas
PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAD - Política Nacional sobre Drogas
PTT - Produto Técnico/Tecnológico
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RD - Redução de Danos
RJ - Rio de Janeiro
RP - Reforma Psiquiátrica
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPS - Secretaria de Atenção Primária a Saúde
SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas
SENAPRED - Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

UAS - Unidades de Acolhimento

UFF - Universidade Federal Fluminense

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE QUADROS E TABELA

Quadro 1. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Agenda ONU 2030) e Política Nacional sobre Drogas no Brasil	21
Quadro 2. Crimes relacionados ao usuário – condutas e penas	23
Quadro 3. Portarias do Ministério da Cidadania do ano de 2019	32
Quadro 4. Síntese do levantamento a partir do Modelo de Kingdon	41
Quadro 5. Eixos principais das Conferências Nacionais de Saúde Mental	62
Quadro 6. Linha do Tempo Analítica – Múltiplos Fluxos de Kingdon e RP	67
Quadro 7. Mapeamento analítico dos fluxos na RP	67
Quadro 8. Linha do Tempo Analítica – RP e Modelo de Múltiplos Fluxos	69
Quadro 9. Dispositivos institucionais do século XIX até os anos 1930	73
Quadro 10. Dispositivos institucionais dos anos 1930 até os anos 1980	76
Quadro 11. Dispositivos institucionais dos anos 1980 a 2002	77
Quadro 12. Dispositivos institucionais dos anos 2003 a 2011	80
Quadro 13. Eventos em ordem cronológica 2011 a 2015	82
Quadro 14. Linha do tempo dos atos normativos da Nota Técnica nº 11/2019	89
Quadro 15. Nota Técnica nº 11/2019 no Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon	91
Quadro 16. Eixos da consulta pública virtual para o recebimento de sugestões e contribuições à proposta do PLANAD (2025)	102
Quadro 17. Mapeamento analítico dos fluxos na Política de álcool e outras drogas	104
Quadro 18. Linha do tempo Política de Álcool e Drogas no Brasil a partir de 1988.....	107

LISTA DE TABELA

Tabela 1. Evolução do Número de Hospitais Psiquiátricos no Brasil, segundo o Prestador (1941-1997).....	64
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico do uso de álcool.....	28
Figura 2. Pessoas que consumiram substâncias ilícitas.....	29
Figura 3. Diagrama de Múltiplos Fluxos de Kingdon.....	47
Figura 4. CTS contratadas pelo Ministério da Cidadania	53
Figura 5. Evolução do Número de Leitos Psiquiátricos no Brasil (1996-2011)	67

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
1.1. Problema de Pesquisa	25
1.2. Objetivos	30
1.2.1. Objetivo Geral	30
1.2.2. Objetivos específicos	30
1.3. Justificativa e Relevância da Pesquisa	31
1.4. Estrutura da pesquisa	35
2. REFERENCIAL TEÓRICO/NORMATIVO	37
3. METODOLOGIA	38
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
CAPÍTULO 1.....	42
O Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon.....	42
Considerações Iniciais	42
1.1. Do Problema à Solução: Anatomia de uma Política Pública	43
1.2. Os Múltiplos Fluxos em Perspectiva	46
1.3. Problemas, Soluções e Política.....	51
CAPÍTULO 2.....	57
Do Asilo à Comunidade Terapêutica: A Persistência da Lógica Manicomial no Brasil	57
Considerações Iniciais	57
2.1. Arquiteturas da exclusão: racionalidade punitiva, institucionalização do desvio e a racialização da loucura	58
2.2. A Reforma Psiquiátrica como ruptura paradigmática	61
2.3. Fluxo político à Janela de Oportunidade: Projeto de Lei Paulo Delgado e consolidação da Reforma Psiquiátrica	67
2.4. Do Surgimento à Consolidação: As CTs como Manicômios do Século XXI	67
2.5. Síntese e mapeamento dos fluxos segundo o Modelo de Kingdon do processo de RP. 67	
2.5.1. Linha do Tempo Analítica – Reforma Psiquiátrica e Modelo de Múltiplos Fluxos	69
CAPÍTULO 3.....	70
Entre a Regulação e o Estigma: A Construção da Política Brasileira sobre Álcool e Outras Drogas	70
Considerações Iniciais.....	70
3.1. Da farmácia à polícia: os primórdios da política proibicionista - do século XIX até os anos 30	71
3.2. O Estado arma seu discurso – dos anos 30 até a <i>War on Drugs</i>	73

3.3. Política de drogas sob novas arquiteturas estatais: de 1980 a 2000	76
3.4. A virada do cuidado - anos 2000 e a Reforma Psiquiátrica.....	78
3.5. Reconfigurações do cuidado – dos anos 2010 a 2016	81
CAPÍTULO 4.....	84
O que se construiu e o que se destruiu?	84
Considerações iniciais	84
4.1. Reconfiguração do Estado sob os Ventos da Austeridade: a demolição do bem estar social	86
4.2. Desmonte em Curso: A Regressão das Diretrizes da Saúde Mental	87
4.3. Canteiro de Retrocessos: A Nova Política sobre Drogas e a Desconstrução do Cuidado	93
4.4. Ruínas Financiadas: CTs como Monumento da Violência Institucional.....	95
4.5. Planta do Controle: O PLANAD 2022	99
4.6. Rascunho Coletivo, Estrutura Contida: O Plano Nacional 2025 como Campo de Tensão e Transformação	101
4.7. Síntese e mapeamento dos fluxos -Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon - Política de Álcool e Outras Drogas no Brasil.....	104
4.7.1. Linha do Tempo Analítica – Política de Álcool e Drogas no Brasil	107
5. PRODUTO TÉCNICO/TÉCNOLÓGICO	109
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
7. REFERÊNCIAS.....	112
ANEXO 1.	125
ANEXO 2.	147

1. INTRODUÇÃO

os loucos são da proveniência mais diversa, originando-se em geral das camadas mais pobres da nossa gente pobre. São de imigrantes italianos, portugueses e outros mais exóticos, são os negros, roceiros, que teimam em dormir pelos desvãos das janelas sobre uma esteira esmolambada e uma manta sórdida; são copeiros, cocheiros, moços de cavalaria, trabalhadores braçais. No meio disto, muitos com educação, mas que a falta de recursos e proteção atira naquela geena social. (Barreto, 2017, p. 38).

A leitura sempre ocupou um espaço significativo na minha vida, mas recordo com nitidez o impacto que tive, na adolescência, ao me deparar pela primeira vez com o livro “*Eu, Christiane F., 13 Anos, Drogada e Prostituída*”. Talvez pela idade, pela força brutal do testemunho ou pelo abismo entre aquela narrativa e a minha própria realidade, o fato é que fui profundamente tocada por sua intensidade. As páginas se sucederam de forma frenética, e a urgência com que devorei o livro só confirmava o quanto aquela história havia atravessado algo em mim — uma inquietação precoce. Depois dessa leitura, passei a consumir ainda mais livros e filmes com temática semelhante, ainda que a narrativa fosse densa e marcada por elementos perturbadores, havia ali algo que me despertava — uma curiosidade silenciosa, talvez, ou uma inquietação que não soube nomear de imediato, mas que me mantinha envolvida. Foi quando, por indicação de uma colega de turma, resolvi ler o “*Canto dos malditos*”.

Ao contrário de *Christiane*, cuja história se desenrola na Alemanha, em contextos distantes da minha realidade, o protagonista deste outro livro vivia em meu país — frequentava lugares que me eram familiares, transitava por cenários que eu própria já havia visitado. Essa proximidade geográfica e afetiva conferiu à narrativa uma dimensão ainda mais potente e inquietante, como se os limites entre ficção e experiência pessoal se dissolvessem gradualmente a cada página. É claro que, naquela época, minha idade e vivência ainda limitadas não permitiam captar todas as nuances daquela narrativa tão intensa. Algumas sutilezas escaparam à minha compreensão juvenil. Ainda assim, foi um dos livros que mais me marcou na vida.

Minha paixão pela literatura — em especial pela produção brasileira — foi determinante na escolha da minha primeira graduação: Estudos de Mídia. Nesse espaço acadêmico, encontrei não apenas a oportunidade de aprofundar minha prática de leitura crítica, mas também de explorar intensamente o universo do conteúdo audiovisual, ampliando meu repertório cultural e desenvolvendo uma escuta sensível às narrativas que atravessam diferentes linguagens e suportes.

Foi nessa época, no auge dos vinte e poucos anos, depois de maternar, casar e divorciar,

eu reli o “*Canto dos Malditos*”. A sensação de impacto, como um verdadeiro soco no estômago, permaneceu a mesma. No entanto, após vivenciar determinadas experiências, as sutilezas daquela narrativa tornaram-se mais evidentes, revelando com nitidez que o abismo era mais profundo do que parecia. Foi nesse momento que compreendi, com inquietante clareza, que qualquer pessoa — absolutamente qualquer uma — poderia ocupar aquele lugar. Inclusive eu: uma mãe adolescente, atravessada por vulnerabilidades e dissensos, poderia ter sido designada àquelas condições, submetida a eletrochoques, silenciada naquele espaço de exclusão que Carrano nomeou como *Canto dos Malditos*. A leitura deixou de ser apenas um relato distante e passou a ser um espelho incômodo, revelando o quanto a institucionalização pode atingir corpos e histórias que não se alinham às normas impostas.

Assim que defini a temática desta pesquisa — Comunidades Terapêuticas — o livro *Canto dos Malditos* emergiu imediatamente como referência simbólica. A obra retrata o espaço dos indesejados, dos corpos silenciados e institucionalizados, e há um trecho particularmente potente em que o autor descreve o cenário como um verdadeiro “canto dos malditos”, expressão que, por sua força e densidade, inspirou o título desta pesquisa.

Durante o processo desta pesquisa, adquiri um exemplar do livro em um sebo no Paraná, até então, minhas leituras haviam sido por meio de edições emprestadas. Para minha surpresa, essa cópia trazia uma dedicatória do próprio autor, hoje, já falecido — o que conferiu à leitura uma dimensão ainda mais íntima e comovente. Revisitar essa obra tantos anos depois me provocou sentimentos tão intensos quanto os que experimentei na adolescência, quando a li pela primeira vez. No entanto, agora, munida de vivências e saberes acumulados, em especial nas áreas de política, direito e administração pública, fui capaz de perceber com mais clareza as nuances da narrativa e compreender os mecanismos de institucionalização dos corpos. A leitura deixou de ser apenas um impacto emocional juvenil e passou a ser uma lente crítica sobre os dispositivos de exclusão que ainda operam sob discursos de cuidado.

Considerando minha trajetória marcada por múltiplas referências culturais e afetivas, optei por iniciar todos os capítulos com obras literárias produzidas por pessoas brasileiras que experienciaram processos de institucionalização em contextos de hospitais psiquiátricos legitimados pelo Estado. A opção por iniciar cada capítulo com essas narrativas visa reconhecer saberes socialmente situados, frequentemente invisibilizados. As obras literárias adotadas funcionam, portanto, como elementos interpretativos que tensionam discursos oficiais, revelando os efeitos concretos e simbólicos da ação estatal sobre sujeitos historicamente silenciados.

Para a abertura dos capítulos, optei por trabalhar com os quatro autores citados a seguir:

1 - Austregésilo Carrano Bueno - *Canto dos Malditos* – publicado inicialmente em 1990, o livro faz um relato autobiográfico que denuncia os abusos cometidos em instituições psiquiátricas brasileiras durante as décadas de 1970 e 1980. O autor narra sua trajetória por diversos hospitais psiquiátricos, onde foi submetido a torturas, eletrochoques e tratamentos desumanos;

2- Lima Barreto – *Os bruzundangas* – é uma obra satírica publicada postumamente em 1922 que retrata, por meio de um país fictício chamado Bruzundanga, uma crítica à sociedade brasileira da Primeira República;

3- Lima Barreto - *O cemitério dos vivos* – autobiográfico, escrito durante sua internação no Hospital Nacional de Alienados, entre 1919 e 1920. A obra é dividida em duas partes: a primeira, O Diário do Hospício, traz registros reais e dolorosos da experiência do autor no manicômio; a segunda, ficcional, acompanha o personagem Vicente Mascarenhas, cuja trajetória espelha a do próprio Barreto;

4- Maura Lopes Cançado - *Hospício é Deus* - Publicado em 1965, é um diário literário brutal e comovente, escrito em primeira pessoa pela autora. A obra mescla memórias de infância com relatos intensos de suas sucessivas internações em hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte e do Rio de Janeiro;

5- Stela do Patrocínio - *Reino dos bichos e dos animais é o meu nome*, publicada em 2001, uma coleção de poemas de Stela do Patrocínio, editados e montados por Viviane Mosé em 2001. As falas de Stela foram gravadas durante encontros com ela no manicômio onde ela estava internada, no Rio de Janeiro.

Apesar de se tratarem de autoras e autores provenientes de distintos contextos sociais, raciais e temporais, há uma convergência notável nas percepções que emergem de seus relatos: todos compartilham uma experiência marcada por dor, invisibilização e institucionalização. Essa similitude discursiva, presente mesmo entre sujeitos atravessados por desigualdades históricas e estruturais diversas, evidencia a persistência de formas de exclusão que atravessam o tempo e se manifestam com constância nos dispositivos de controle e silenciamento. Tal recorrência não é casual — revela que, independentemente das singularidades identitárias, os mecanismos de violência institucional reproduzem padrões que afetam corpos dissidentes de maneira sistemática e angustiante, constituindo um campo de sofrimento compartilhado.

Curiosa — ou talvez sintomaticamente — já havia tido contato, em diferentes momentos da minha trajetória pessoal e acadêmica, com os dois primeiros autores, ambos homens. As autoras, por sua vez, confesso que somente vieram a mim durante o percurso desta pesquisa, revelando os mecanismos estruturais de apagamento que incidem sobre determinadas vozes. E

esse apagamento não é neutro: trata-se de uma invisibilização ainda mais profunda por se tratar de mulheres, cujas trajetórias foram atravessadas por múltiplas camadas de silenciamento — de gênero e de institucionalização. Embora distintas em suas origens sociais e experiências, ambas compartilham a condição de terem sido marginalizadas duplamente: como sujeitos institucionalizados e como mulheres em um campo historicamente dominado por narrativas masculinas.

A presente pesquisa será em formato de dissertação e fará uma análise situacional do papel das Comunidades Terapêuticas no panorama da política de álcool e drogas no Brasil - propondo elaborar, ao final, um relatório técnico-conclusivo para gestores de diversas áreas (educação, assistência social, saúde e saúde mental) com os principais tópicos sobre a formulação e implementação de Políticas Públicas em Álcool e outras Drogas, que atendam aos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e que observem os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Agenda ONU 2030).

A pesquisa está alinhada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), delineados pela Organização das Nações Unidas (ONU) para a Agenda 2030 – em especial: ODS 3 - Saúde e Bem-Estar; ODS 4 - Educação de Qualidade; ODS 10 - Redução das Desigualdades; ODS 16 - Paz, Justiça e Instituições Eficazes. O quadro 1 mostra como a presente pesquisa entende o alinhamento da Política Nacional sobre Drogas, no Brasil, alinhada aos objetivos da Agenda ONU 2030.

Quadro 1. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Agenda ONU 2030) e Política Nacional sobre Drogas no Brasil

ODS	Descrição	Política Nacional sobre Drogas nas ODS
3. Saúde e Bem-Estar.	Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades	A formulação da Política Nacional sobre Drogas deve observar políticas e ações de saúde na direção de prevenção e tratamento de doenças como tuberculose, AIDS, hepatite. A formulação da Política Nacional sobre Drogas deve observar políticas e ações de saúde na direção da promoção da saúde mental e do bem-estar.
4. Educação de Qualidade	Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todas e para todos.	A formulação da Política Nacional sobre Drogas deve observar políticas de promoção de legislação, políticas e ações na direção de garantir acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira infância, cuidados e educação pré-escolar. A formulação da Política Nacional sobre Drogas deve observar políticas de promoção de legislação, políticas e ações na direção de garantir acesso integral e inclusivo à educação técnica, profissional e superior – incluindo a universidade.

		A formulação da Política Nacional sobre Drogas deve observar políticas educacionais de prevenção ao uso abusivo de drogas, respeitando a faixa etária dos sujeitos envolvidos e as questões desenvolvimentais.
10. Redução das Desigualdades	Redução da desigualdade dentro dos países e entre eles.	A formulação da Política Nacional sobre Drogas deve observar a promoção de legislação, políticas e ações na direção oposta à práticas discriminatórias A formulação da Política Nacional sobre Drogas deve observar as políticas de proteção social da população sem discriminação da idade, gênero, deficiência, raça, etnia, nacionalidade, religião, condição econômica ou outra. A formulação da Política Nacional sobre Drogas deve observar as políticas de prevenção e enfrentamento da discriminação contra migrantes e refugiados.
16 Paz, Justiça e Instituições Eficazes	Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas a todos os níveis	A formulação da Política Nacional sobre Drogas deve observar a participação ativa de entidades, coletivos e organizações da sociedade civil, como na realização de consultas públicas. Essa participação é um componente central da meta 16.7 do ODS 16, que busca garantir tomada de decisão responsiva, inclusiva e participativa. A formulação da Política Nacional sobre Drogas deve observar a política de reinserção social de usuários e dependentes de drogas e na prevenção do uso indevido, a política busca fortalecer o Estado de Direito, garantindo o acesso a direitos e justiça, o que se alinha com o acesso à justiça para todos, um pilar do ODS 16. A formulação da Política Nacional sobre Drogas deve observar a política de desenvolvimento alternativo sustentável, contribuindo para a criação de sociedades mais pacíficas e inclusivas,.

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Agenda ONU 2030.

Com base na descrição do alinhamento da temática à Agenda ONU 2030, é importante destacar que a Política Nacional sobre Drogas no Brasil, instituída pelo Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019, segue as mudanças nas práticas de governamentalidade. Segundo Foucault (2008), a governamentalidade descreve a forma como o poder é exercido por meio de uma rede de práticas que moldam a conduta dos indivíduos e organizam populações.

Neste sentido, políticas públicas, como a Política Nacional sobre Drogas (PNSD), são utilizadas como ferramentas para estruturar a sociedade, orientar comportamentos e normalizar condutas. Tomando como referência o governo do Presidente Jair Bolsonaro, destaca-se, aqui, a *Análise Executiva da Questão de Drogas no Brasil* (Ministério da Justiça e da Segurança Pública, 2021), elaborada em 2021 pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública e assinada pelo, então, Ministro Anderson Gustavo Torres. O documento tem 802 páginas, divididas em

12 capítulos. Na introdução, ressalta a importância do quarto capítulo, que versa sobre as principais implicações do tráfico de drogas, em todo o mundo e no Brasil apresentando ainda um quadro sintético dos crimes relacionados ao usuário previstos pela Lei nº 11.343/2006 (“Lei de Drogas”), que reproduzimos a seguir no quadro 2.

Quadro 2. Crimes relacionados ao usuário – condutas e penas

Conduta	Pena
Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar. § 1º Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica.	I - Advertência sobre os efeitos das drogas; II - Prestação de serviços à comunidade; III - Medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. § 3º As penas previstas nos incisos II e III do caput deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 5 (cinco) meses. § 4º Em caso de reincidência, as penas previstas nos incisos II e III do caput deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 10 (dez) meses. § 5º A prestação de serviços à comunidade será cumprida em programas comunitários, entidades educacionais ou assistenciais, hospitais, estabelecimentos congêneres, públicos ou privados sem fins lucrativos, que se ocupem, preferencialmente, da prevenção do consumo ou da recuperação de usuários e dependentes de drogas. § 6º Para garantia do cumprimento das medidas educativas a que se refere o caput, nos incisos I, II e III, a que injustificadamente se recuse o agente, poderá o juiz submetê-lo, sucessivamente a: I - Admoestação verbal; II - Multa. § 7º O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado.

Fonte: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2021.

Em seguida, o documento apresenta uma comparação com relação ao crime por tráfico de drogas declarando que, se de um lado, a lei é mais branda em relação ao usuário, por outro lado, prevê duras penas aos crimes relacionados ao tráfico de drogas (art. 33 a 37), especificando que as penas previstas podem chegar a 20 anos de reclusão e ao pagamento de até 4 mil dias-multa.

A leitura do documento reconhece uma tendência, no âmbito do governo passado, a identificar o problema da dependência química à um problema de segurança pública relegando, à segundo plano, o fato de ser um problema de saúde pública associado a fatores sociais e subjetivos. No contexto do governo do Presidente Jair Bolsonaro observamos também que, entre os anos de 2017 e 2020, o Brasil investiu 560 milhões de reais no financiamento de vagas de internação em Comunidades Terapêuticas (CONNECTAS, CEBRAP, 2021).

As Comunidades Terapêuticas (CTs) são instituições de natureza privada, em sua

maioria de cunho religioso, que se estruturam como residências coletivas temporárias para tratamento e recuperação de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas (Frente da Saúde Mental, 2023). Essas entidades surgiram no Brasil na década de 1970 e em 2011, passaram a integrar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Passos *et al.*, 2024). A Resolução 01/2015 do Conselho Nacional de Política de Drogas – CONAD – regulamenta as CTs como “as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa” e, convenientemente, as coloca em uma zona de indefinição, sendo certo não serem nem serviços de saúde, tampouco de assistência social (Passos *et al.*, 2024). Nessas instituições, os indivíduos permanecem afastados de suas reações sociais anteriores, com o objetivo de abandonar o uso de substâncias psicoativas (IPEA, 2017).

Atualmente, a Frente da Saúde Mental contabiliza 603 Comunidades Terapêuticas (Anexo 1) e, considerando o texto da Resolução 01/2015, interrogamos se as Comunidades Terapêuticas respondem à presença do que Henschel de Lima *et al.* (2015), em um estudo intitulado a *Política Nacional para álcool, crack e outras drogas no Rio de Janeiro e o retorno da racionalidade punitiva*, denominaram de *racionalidade punitiva*.

A *racionalidade punitiva* se define pela lógica higienista, datada no Brasil, na passagem do século XVIII para o século XIX. Henschel de Lima *et al.* (2015) parte da hipótese de que a experiência da loucura e da narcotização da vida são sintomas do mal-estar da civilização brasileira, que ergueu por meio das prisões, manicômios e abrigos para pobres a partir do século XIX, um verdadeiro *arquipélago carcerário*. A denominação *arquipélago carcerário* fora elaborada por Michel Foucault em *Vigiar e Punir. História da Violência nas Prisões* (2002) para descrever o sistema penal moderno da década de 1970 na França. Foucault (2002) recorrera à metáfora do *arquipélago* para se referir aos dispositivos e procedimentos disciplinares: tecnologias, sistema de saberes relacionados a um *continuum* de cadeias e prisões. Esse arquipélago configura-se como um sistema de práticas disciplinares cujos efeitos promovem a exclusão e o isolamento dos sujeitos, reforçando mecanismos de segregação social.

A promulgação da Lei 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica) representou o processo de superação da racionalidade punitiva que se aplicava às formas de sofrimento psíquico, por meio da ruptura com o modelo manicomial e da consolidação do modelo de atenção psicossocial para a direção de tratamento do sofrimento psíquico. Evidenciou-se, assim, uma modificação no funcionamento do Estado brasileiro – até então, tributário de uma racionalidade punitiva.

No quadro deste processo, houve a demora em incorporar em seu discurso o cuidado e

a atenção às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas. A abordagem do problema se situou, então, na linha de abordagem da redução de danos para o HIV. O que resultou na dispersão do problema entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde que, muitas vezes não reconheceu o abuso de substâncias como um problema de sua responsabilidade.

1.1. Problema de Pesquisa

Independentemente das especificidades socioculturais, o abuso de substâncias representa um desafio global, agravado pela expansão de sua circulação e pelo crescimento contínuo do consumo. Frequentes são as notícias sobre a crise de opióides¹ e a inúmeras mortes decorrentes do abuso dessas substâncias nos Estados Unidos da América, bem como o aumento de uso de drogas em países do continente africano² e até mesmo o aumento desenfreado do uso de substâncias ilícitas em países com a lei *sharia*³, onde o consumo de bebida alcóolica é controlado ou até mesmo proibido, dependendo das imposições políticas do local.

A partir do início do século XIX, o abuso de substâncias passou a se configurar como uma demanda social emergente, impulsionada pela crescente popularização do consumo em um contexto de intensa urbanização, empobrecimento da população e agravamento das desigualdades sociais.

Independente dos países, estados ou nações, suas consequências atingem diretamente a população mais vulnerável à pobreza e, conseqüentemente, a formas de exclusão e segregação associadas à etnia, raça, gênero e orientação sexual. Embora o uso de substâncias psicoativas não se restrinja a uma única classe social, sendo um fenômeno transversal à sociedade, a pobreza tem sido amplamente reconhecida como um fator que intensifica a vulnerabilidade social, contribuindo significativamente para a exposição de indivíduos a condições extremas que os torna também vulneráveis à segregação social, como a situação de rua (Mendes, Ronzani, Paiva, 2019).

Um aspecto relevante a ser considerado refere-se à questão de gênero, uma vez que o abuso de substâncias tende a ser ainda mais estigmatizado quando associado às mulheres, uma

¹ “Fentanil: como nova onda de overdoses assola EUA e mata quase 300 por dia - Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/articles/cne8k28ggdyo> Acesso em 26 de jul. 2024.

² “Consumo de drogas: Uma crise silenciosa cresce em África” Disponível em <https://www.dw.com/pt-002/consumo-de-drogas-uma-crise-silenciosa-cresce-em-%C3%A1frica/a-62537672> Acesso em 26 de jul. 2024.

³ A Lei Sharia é o sistema jurídico do Islã, sendo um conjunto de normas derivado de orientações do Alcorão, e interpretadas de acordo com seus representantes locais, frequentemente são conhecidas por terem penas duras e que por muitas vezes violam direitos humanos. Atualmente, há cerca de pelo menos 24 países, que de alguma forma – seja mais radical ou mais brando – se utilizam dessa Lei. “Indonésia, Irã e Arábia Saudita: três países onde a pena de morte não resolve o problema das drogas. Disponível em <https://veja.abril.com.br/coluna/cacador-de-mitos/indonesia-ira-e-arabia-saudita-tres-paises-onde-a-pena-de-morte-nao-resolve-o-problema-das-drogas> Acesso em 26 de jul. 24

vez que ele rompe com os papéis historicamente atribuídos às mulheres — como a subordinação, a docilidade e o controle do corpo — construídos sob a lógica patriarcal (Pinheiro e Nunes, 2023), descumprindo os padrões de comportamentos esperados para o feminino (Medeiros, Maciel, Sousa, 2017). Isso é corroborado pelos dados obtidos pelo *World Drug Report* de 2024, que mostra que mulheres têm menos acesso ao tratamento do que os homens: apenas 1 em cada 18 mulheres com transtornos associados ao uso de drogas recebeu tratamento, em comparação com 1 em cada 7 homens.

O tratamento das mulheres que fazem abuso de substâncias ainda apresenta pouca individualização, pouca especificação, desconsiderando as particularidades e revelando uma tendência à homogeneização das práticas de cuidado. Frequentemente, essas intervenções desconsideram as especificidades relacionadas ao gênero, perpetuando modelos de atenção originalmente concebidos a partir de referenciais masculinos (Pinheiro e Nunes, 2015). Tal lacuna evidencia a insuficiência de políticas públicas sensíveis às dinâmicas de gênero, bem como a necessidade de incorporar perspectivas interseccionais que reconheçam as múltiplas formas de opressão que atravessam a experiência feminina no contexto do uso de substâncias psicoativas.

Destaca-se, ainda, que os adolescentes constituem um grupo em condição de maior fragilidade nesse contexto, sobretudo no que se refere ao abuso de substâncias psicoativas (Mendes, Ronzani, Paiva, 2019). Nestes indivíduos fica ainda mais perceptível a vulnerabilidade que é exacerbada por fatores como pobreza, estigmatização e a falta de redes de apoio social. Essa questão é, também, corroborada pelos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE-IBGE, 2019) e, mais recentemente em caráter mais global, pelo *World Drug Report* (ONU, 2024), que ressalta a adolescência (12-17 anos) como momento crítico para o início do uso de substâncias.

O abuso de substâncias configura-se como um fenômeno de natureza multifatorial e elevada complexidade, não podendo ser reduzido a uma escolha individual, uma decisão meramente pessoal ou um problema integralmente associado ao tráfico de drogas (conforme orientação assumida pela *Análise Executiva da Questão de Drogas no Brasil* (Ministério da Justiça e da Segurança Pública, de 2021). Trata-se de uma questão atravessada por determinantes sociais, econômicos, culturais e psicológicos, que interagem de forma dinâmica na constituição das trajetórias de uso. E, portanto, deve ser compreendido como um fenômeno social profundamente enraizado nas dinâmicas estruturais da sociedade, sendo indissociável das contradições e desigualdades produzidas pelo sistema capitalista, especialmente em sua vertente neoliberal.

O consumo e o impacto social do abuso de drogas são temas de grande preocupação social, diversas pesquisas identificam o crescente aumento do consumo de drogas para fins recreativos e a redução da idade de iniciação desses usos, como comprova a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE-IBGE), do ano 2019, que trouxe dados alarmantes como:

1. A população jovem (12-17 anos e de 18 e 25 anos) é a mais vulnerável ao uso de drogas e, também, a mais afetada por transtornos associados ao uso de substâncias.
2. Faixa etária de risco para o desencadeamento do transtorno por uso de substâncias: 12-17 anos com pico entre os 18 e 25 anos.
3. Escolares entre 13 e 17 anos que já experimentaram bebida alcoólica: 63,3%.
4. Mais de 1/3 dos escolares nessa faixa etária (34,6%): experimentaram ao menos 1 dose antes dos 14 anos.
5. Dos escolares que experimentaram bebidas alcoólicas: 47% revelaram ter tido episódios de embriaguez.
6. 13% dos estudantes haviam experimentado algum tipo de droga ilícita: maconha, cocaína, crack e ecstasy.

Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) proíba expressamente a venda de substâncias como cigarros e bebidas alcoólicas a menores de 18 anos, observa-se que tal restrição é frequentemente desconsiderada por diversos estabelecimentos comerciais, os quais, de forma recorrente, facilitam o acesso desses produtos ao público adolescente.

No Brasil há legislação específica que proíbe a venda de cigarros à menores de 18 anos (Lei nº 10.702/2003), além do ECA, que também estabelece como proibitivo o fornecimento, ainda que gratuitamente, de substâncias que podem causar dependência. Mesmo assim, a pesquisa revelou que cerca de 1,3 milhões de adolescentes de 12 a 17 anos já consumiram cigarros industrializados na vida. O consumo nos últimos 30 dias é reportado por cerca de 2,4% dos adolescentes, o que corresponde a quase meio milhão de adolescentes. (Bastos, 2017, p.92)

Conforme o *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*, estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2017), resultado da parceria entre a FIOCRUZ e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), no ano de 2015 e publicado em 2017, uma pesquisa científica para estimar e avaliar os parâmetros epidemiológicos relacionados ao uso de drogas em toda a população nacional, incluindo áreas urbanas e rurais, com idades entre 12 e 65 anos, de ambos os sexos, o Brasil tem números alarmantes em todas as faixas etárias. Este levantamento, embora tenha sido publicado em 2017, se apresenta como o mais atualizado no assunto.

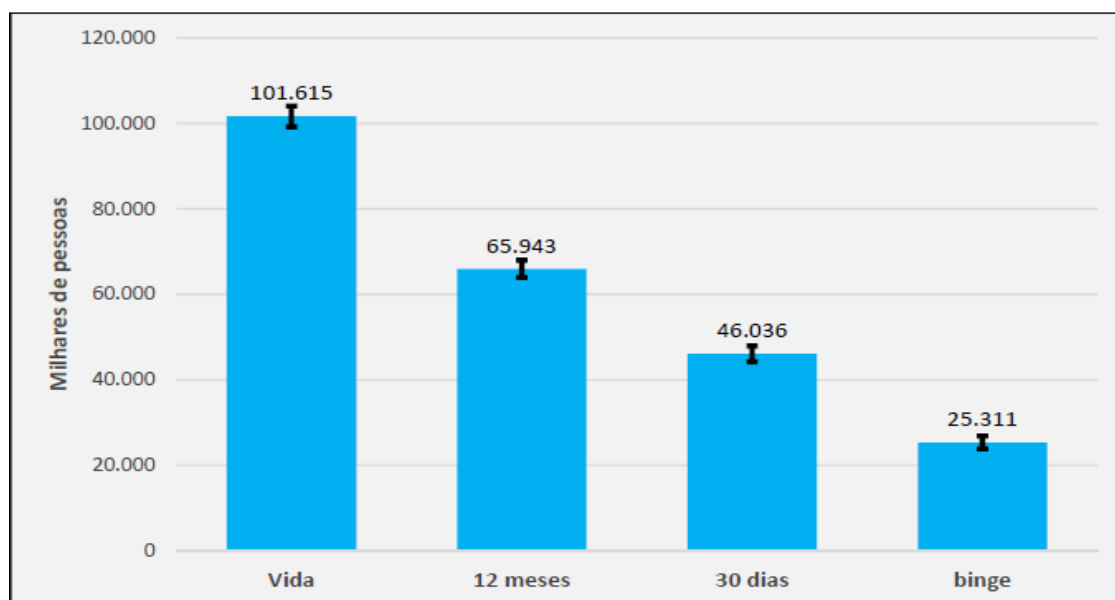
Ressalta-se que a partir de 2018, com a guinada de uma perspectiva conservadora do governo, pesquisadores e especialistas enfrentaram situações de pressão política, como o pedido

de tomada de contas especial, iniciado em 2018 pela SENAD - que se recusava a aceitar os resultados apresentados no *Levantamento* - e a escassez (ou ausência) de financiamento para novas pesquisas. Somente em fevereiro de 2025⁴, o Tribunal de Contas da União (TCU) optou pelo arquivamento do pedido de tomada de contas que deslegitimava a pesquisa realizada pela FIOCRUZ.

O *III Levantamento* (2017) apresenta gráficos de extrema relevância que ajudam a trazer mais informações, números e elementos, viabilizando a elaboração e implementação das políticas públicas para este público específico. Na figura 1 é retratado o uso de álcool de pessoas de 12 a 65 anos nos últimos 12 meses, nos últimos 30 dias e em *binge*. A expressão *binge* utilizada no gráfico, também chamada de “*binge drinking*, pode ser definida como uma espécie de consumo para definir o uso excessivo episódico do álcool quando a pessoa consome doses elevadas de bebidas alcoólicas em uma única ocasião” (Bastos, 2017, p.15). Observa-se que a Figura 1 não contempla a segmentação dos dados com base em categorias socioculturais relevantes — como gênero, raça, etnia, orientação sexual, religião, território de moradia e escolaridade.

Figura 1. Gráfico do uso de álcool

Número de pessoas (x 1000) de 12 a 65 anos que consumiram
bebidas alcoólicas na vida, nos últimos 12 meses, nos últimos 30 dias e em *binge* -
Brasil, 2015

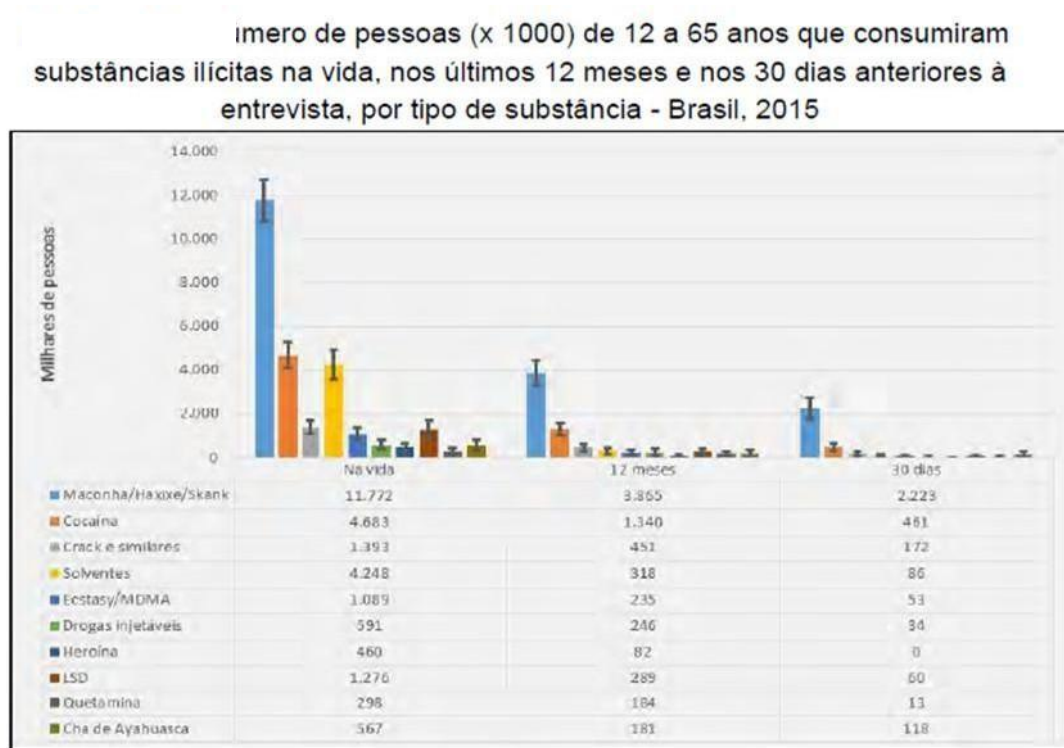


Fonte: ICICT, Fiocruz. III levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira.

⁴ Disponível em <https://www.iciict.fiocruz.br/content/tcu-decide-favor-de-pesquisa-da-fiocruz-sobre-uso-de-drogas>. Acesso em 25 mar. 2025.

Esses dados permitem uma análise mais detalhada dos padrões de consumo de substâncias ilícitas entre diferentes faixas etárias, evidenciando a prevalência do uso recente e ao longo do último ano. A categorização das substâncias, aqui reproduzida na figura 2, reforça a diversidade dos compostos consumidos, o que pode indicar diferentes motivações, contextos sociais e níveis de risco associados ao uso.

Figura 2. Pessoas que consumiram substâncias ilícitas



Fonte: ICICT, Fiocruz. III levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira.

Além disso, os dados da desigualdade social no Brasil são preocupantes. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) registra que, em 2021, a proporção de pessoas pobres no país era de 18,6% entre os brancos e praticamente o dobro entre os pretos (34,5%) e entre os pardos (38,4%). Apesar de constituírem a maioria demográfica no Brasil, as populações preta e parda continuam a figurar entre os grupos mais afetados pelas desigualdades sociais historicamente produzidas. A análise das linhas de pobreza estabelecidas pelo Banco Mundial⁵ evidencia a maior exposição dessas populações a contextos de vulnerabilidade socioeconômica, refletindo os efeitos persistentes do racismo estrutural na distribuição de renda e no acesso a direitos fundamentais.

Conforme pesquisa do IBGE do ano de 2022, a taxa de pobreza no Brasil estava em

⁵ Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35467-pessoas-pretas-e-pardas-continuam-com-menor-acesso-a-emprego-educacao-seguranca-e-saneamento> Acesso em 01 abr. 2025.

31,6%. Ainda, de acordo com a pesquisa do Banco Mundial, pretos e pardos enfrentam maior insegurança de posse da moradia: 20,8% das pessoas pardas e 19,7% das pessoas pretas residentes em domicílios próprios não tinham documentação da propriedade, enquanto a proporção entre as pessoas brancas era praticamente a metade (10,1%).

A observação desses dados convive com a expansão quantitativa das Comunidades Terapêuticas no país e com decisões políticas que tendem ao recrudescimento das medidas de criminalização e punição de usuários, tal como apresentamos ao longo da introdução desta pesquisa. Assim, a leitura deste conjunto de dados, impõe a formulação dos seguintes problemas de pesquisa:

1. Qual é o papel das Comunidades Terapêuticas na Política Nacional sobre Drogas?
2. Quais são os desdobramentos sociopolíticos do fortalecimento das Comunidades Terapêuticas?

1.2. Objetivos

Com base nos problemas formulados na introdução, seguem os seguintes objetivos da pesquisa.

1.2.1. Objetivo Geral.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar criticamente o papel das Comunidades Terapêuticas nas políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas, especialmente a partir de 2016, a fim de evidenciar os impactos dessas instituições na consolidação de práticas de controle social, exclusão e marginalização de populações vulnerabilizadas, em contraposição aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da abordagem de Redução de Danos.

1.2.2. Objetivos específicos.

- A. Investigar como a ascensão das Comunidades Terapêuticas são soluções politicamente viáveis no contexto das políticas sobre drogas no Brasil, considerando os fluxos de problemas, soluções e política.
- B. Investigar o destino que a política sobre drogas assumiu no marco do período do pós-golpe jurídico-parlamentar, no período de 2016 a 2022, a fim de verificar a evolução das Comunidades Terapêuticas.
- C. Investigar de que forma a racionalidade punitiva é mobilizada para legitimar a centralidade das Comunidades Terapêuticas nas políticas sobre drogas, contribuindo para a reprodução de práticas de contenção, estigmatização e negação da autonomia de sujeitos historicamente marginalizados.

- D. Elaborar um Produto Técnico Tecnológico (PTT) na forma de relatório técnico-conclusivo, consolidando os resultados da análise, propondo um plano de ação estratégico para o realinhamento das políticas públicas sobre drogas, considerando os achados da pesquisa e os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Para atingir os objetivos propostos, a pesquisa adotará uma abordagem qualitativa⁶, com foco na análise crítica de documentos, legislações, discursos institucionais e produções acadêmicas relacionadas às políticas públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil. A partir do referencial teórico do Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon (1984) e da noção de racionalidade punitiva, serão examinadas as condições que favoreceram a centralidade das Comunidades Terapêuticas e os impactos dessa configuração sobre sujeitos vulnerabilizados. A metodologia contempla análise documental e bibliográfica, com ênfase em fontes oficiais (leis, portarias, planos nacionais), relatórios de órgãos públicos e textos midiáticos, além de estudos críticos sobre saúde mental, política de drogas e direitos humanos.

1.3. Justificativa e Relevância da Pesquisa

A escolha do recorte temporal da pesquisa, entre os anos de 2016 a 2022, para conduzir a análise sobre o papel das Comunidades Terapêuticas no panorama da política sobre drogas no Brasil, não foi realizada de forma randômica. Ela se deu em função de ser o intervalo de tempo inserido em um panorama de instabilidade democrática, tendo como marco o golpe jurídico-parlamentar de 2016, que resultou na destituição da presidente eleita Dilma Rousseff e no retrocesso de políticas de bem-estar social. Entre as medidas adotadas, destaca-se a aprovação da *Emenda Constitucional n° 95*, que instituiu o Novo Regime Fiscal da União, congelando os gastos públicos primários por 20 anos (até 2036).

Essa emenda impactou diretamente áreas essenciais como educação, saúde, segurança e assistência social, além de dificultar o crescimento econômico ao implementar e automatizar um ajuste fiscal contínuo, gerando consequências sociais significativas (Rossi; Dweck, 2016). A título de exemplo, em 2016, o governo federal reduziu em mais de 364 milhões os recursos do cofinanciamento dos principais serviços do Serviço Único de Assistência Social (Suas) e a redução foi de 458 milhões em 2017 (CNM, 2017, 2018).^{7 8}

⁶ O maior detalhamento da metodologia será apresentado na seção 3 de Metodologia.

⁷ Outros setores também sofreram os cortes <https://www.camara.leg.br/noticias/524977-cortes-no-orcamento-de-ciencia-e-tecnologia-podem-inviabilizar-pesquisas> Acesso em 30 mar 2025.

⁸ Disponível em <https://g1.globo.com/educacao/noticia/90-das-universidades-federais-tiveram-perda-real-no-orcamento-em-cinco-anos-verba-nacional-encolheu-28.ghtml> Acesso em 30 mar 2025.

Além dos expressivos cortes orçamentários, entende-se o período analisado como uma espécie de “processo de contrarreforma psiquiátrica” (Correia, 2024, p. 50), que se intensificou a partir de 2019, na ascensão do governo autoritário e de extrema direita do presidente Jair Messias Bolsonaro. Conforme entendimento de Paula (2024, p. 27) “a agenda das drogas se tornou o forte vetor de uma contrarreforma psiquiátrica em que governos de esquerda e de direita ampliaram a articulação com uma lógica manicomial através das CTs”.

Neste contexto verificamos a expansão do investimento em Comunidades Terapêuticas e uma tendência a valorizar a abordagem em termos de segurança pública. De acordo com Passos *et al.* (2024), as CTs, que já estiveram vinculadas às pastas de Saúde e Justiça, ganham destaque no Ministério da Cidadania (atual Ministério do Desenvolvimento Social, Família e Combate à Fome – MDS). Importante sinalizar que após o deslocamento dessas entidades para a pasta da Cidadania, houve a publicação de três portarias que antecederam a instituição da Nova Política Nacional de Drogas evidenciando o protagonismo das CTs (Passos *et al.*, 2024). O quadro 3 apresenta um conjunto de portarias publicadas pelo Ministério da Cidadania em 2019, que estabelecem diretrizes fundamentais para o monitoramento, credenciamento e qualificação das Comunidades Terapêuticas no âmbito da política nacional sobre drogas.

Quadro 3. Portarias do Ministério da Cidadania do ano de 2019

Portaria nº 562, de 19 de março de 2019	Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED.
Portaria nº 563, de 19 de março de 2019	Cria o cadastro de credenciamento das Comunidades Terapêuticas e das entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares, e estabelece regras e procedimentos para o referido credenciamento no âmbito do Ministério da Cidadania.
Portaria nº 564, de 19 de março de 2019	Institui a Certificação de Qualidade dos Cursos de Capacitação para Comunidades Terapêuticas.

Fonte: Elaborado pela autora

Logo após a edição das portarias supracitadas, foi publicado o Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019, a nova Política Nacional de Drogas (PNSD), centrada na lógica da abstinência e fortalecimento das CTs (Brasil, 2019) em detrimento dos serviços do SUS, tal fortalecimento é um “índice de uma nova modulação do direito de matar, que marca a passagem do liberalismo para o neoliberalismo” (Paula, 2024, p.27). Observa-se a partir dos documentos feitos de modificação da PNSD nesse período o desmonte da política orientada pela Redução de Danos (RD).

Ao longo da história brasileira desde o século XVIII, observa-se uma exclusão

sistemática de indivíduos em sofrimento psíquico e/ou em uso de substâncias psicoativas do convívio social. Práticas de marginalização, estigmatização e segregação foram, por muito tempo, legitimadas como estratégias de cuidado e tratamento, refletindo uma lógica excludente que permeou a formulação de políticas e os discursos sobre saúde mental. A reforma psiquiátrica (RP), no Brasil, é considerada um dos movimentos mais importantes dos direitos humanos visando garantir a inclusão social destes indivíduos.

A partir das diversas denúncias e diversos movimentos sociais compostos por inúmeros atores sociais, a RP foi formalizada com a promulgação da Lei nº 10.216, em 6 de abril de 2001, que estabeleceu os direitos das pessoas com transtornos mentais e orientou a política de saúde mental no país, promovendo a desinstitucionalização e a criação de uma rede de serviços de saúde mental comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), impondo um novo ritmo e modelo para o tratamento dos indivíduos garantindo os direitos humanos e civis. Estabeleceu um processo – demorado, diga-se – para a construção de transição de modelo de assistência capazes de abarcar os assistidos.

Amarante (1997) defende que a desinstitucionalização é uma estratégia, não é ela por um fim só, não se traduz em uma prática perfeita, mas tão alcançável, por ser um processo contínuo que envolve compreensões culturais, sociais e técnicas na abordagem do sofrimento, das diferenças e diversidades. Segundo Paula (2024, p.27), “a RP produziu incontáveis conquistas, institucionalizando uma rede substitutiva aos manicômios de cuidado e reabilitação psicossocial”.

De acordo com Amarante (2018), a Reforma Psiquiátrica trouxe objetivos como a desinstitucionalização, ou seja, a saída das pessoas com sofrimento mental de instituições manicomial, buscando sua reintegração à sociedade e à vida comunitária; a participação social; a cidadania e a inclusão, isto é, visando o combate à exclusão e ao estigma associados à loucura e à articulação intersetorial, buscando uma multiplicidade de setores (saúde, educação, assistência social) garantindo uma abordagem integrada e abrangente. Esses aspectos e objetivos visam transformar a relação social com a loucura e/ou uso de substâncias, promovendo uma sociedade mais justa e acolhedora, onde os direitos humanos são respeitados e valorizados.

Conforme Amarante (2018), são necessários diversos mecanismos de inclusão e integração destas pessoas como forma de cuidado, aumentando a mobilização social e a criação de redes de apoio, fortalecendo o movimento antimanicomial. Inovações e experiências bem-sucedidas na RP fornecem base sólida para a formulação de políticas públicas em respeito aos princípios da RP (Amarante, 2018).

Esta pesquisa é importante para o domínio acadêmico e traz implicações práticas importantes e atuais na construção de políticas públicas que visem os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável promovidos pela Agenda 2030 (ONU), contribuindo, assim para os principais desafios de desenvolvimento enfrentados pela população brasileira – a promoção da saúde e bem-estar, a garantia de educação de qualidade para todos desde a infância, a erradicação da desigualdade social e econômica e a promoção de justiça por meio de instituições que observem os direitos humanos e a dignidade da pessoa humana.

Dessa forma, considerando a complexidade e a natureza interdisciplinar que envolve o fenômeno do abuso de substâncias, torna-se imprescindível ampliar o escopo da discussão para além do campo da saúde mental. É necessário integrá-la a outras áreas do conhecimento, como educação, assistência social, cultura, direito, saúde, com destaque para a Administração Pública, que se configura como um campo estratégico para a articulação intersetorial. Essa abordagem multidisciplinar e colaborativa é fundamental para a formulação e implementação de políticas públicas eficazes, sustentáveis e socialmente comprometidas, exigindo o engajamento e a coordenação entre os diferentes níveis de governo.

O interesse desta pesquisa se alinha também a minha trajetória de formação acadêmico-profissional, que é marcada pela transversalidade entre diferentes campos do saber. Após concluir minha primeira graduação (Estudos de Mídia), optei por cursar Direito — escolha que, embora inicialmente parecesse destoar da formação anterior, revelou-se complementar, especialmente pela interface com os direitos humanos. Foi durante as aulas de Direitos Humanos e Direito Administrativo que percebi meu crescente interesse pela estrutura e funcionamento da Administração Pública, o que aprofundou minha compreensão sobre as políticas públicas e seus impactos sociais.

Profissionalmente, atuei por cerca de onze anos em diferentes setores da Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro, sendo os últimos anos, dedicados ao trabalho em um CIEP localizado na região oceânica de Niterói. Essa vivência consolidou minha experiência na gestão pública e ampliou minha sensibilidade para os desafios enfrentados em diferentes territórios. Foi justamente nesse contexto — atuando diretamente em um CIEP — que germinou o interesse pela temática desta pesquisa. A convivência cotidiana com os desafios da gestão pública educacional, especialmente em territórios marcados por vulnerabilidades sociais, revelou tensões estruturais que extrapolavam o ambiente escolar e se conectavam a políticas públicas mais amplas, como as de saúde mental e assistência social.

Atualmente, após ser aprovada em concurso público, passei a integrar os quadros da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) como Analista de Gestão em Saúde. No exercício dessa

função, tenho mobilizado repertórios construídos ao longo de minha trajetória para contribuir com práticas de aprimoramento de políticas voltadas à saúde coletiva. A inserção na Fiocruz me permite atuar de forma crítica e estratégica na gestão pública, alinhando conhecimento técnico à defesa dos direitos humanos e sociais e ao compromisso com a construção de um sistema de saúde mais equitativo e eficiente.

Nesse contexto, esta pesquisa emerge das inquietações que atravessam minha prática profissional e busca compreender se as atuais políticas públicas, sobretudo a política sobre drogas, trazem mecanismos legais e estatais para lidar com o abuso de substâncias, respeitando os direitos humanos, a dignidade da pessoa humana e o protagonismo do sujeito, baseados nos princípios da Reforma Psiquiátrica ou se instrumentalizam a perpetuação a lógica higienista da racionalidade punitiva por meio de entidades de caráter indefinido.

1.4. Estrutura da pesquisa

A pesquisa foi estruturada em formato de dissertação com um relatório técnico-conclusivo, e contempla a sistematização dos resultados obtidos pelo desenvolvimento dos objetivos propostos a partir da delimitação da situação-problema. Os resultados da pesquisa foram organizados em quatro capítulos principais:

Capítulo 1 – O Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon

Este capítulo tem como objetivo esclarecer os conceitos de política pública e apresentar o Modelo dos Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Framework – MSF*), articulando-os ao contexto sociopolítico brasileiro pós-golpe de 2016, marcado pela ruptura democrática, avanço da racionalidade neoliberal e desmonte de políticas sociais. Nesse cenário, caracterizado por instabilidade institucional e austeridade fiscal, o Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon (1984) se revela uma ferramenta analítica essencial para compreender como determinadas pautas — como as políticas sobre álcool e drogas — conseguem adentrar a agenda governamental.

Ao explorar os três fluxos propostos pelo modelo (problemas, soluções e política), o capítulo evidencia como a convergência entre crises sociais, propostas alinhadas ao mercado e um ambiente político favorável resultou na formulação de políticas que enfraquecem os princípios da Reforma Psiquiátrica e reatualizam práticas manicomial. Assim, o modelo dos múltiplos fluxos permite analisar criticamente as disputas e racionalidades que moldam as escolhas públicas em contextos de retração democrática e reconfiguração institucional.

Capítulo 2 - Do Asilo à Comunidade Terapêutica: A Persistência da Lógica Manicomial no Brasil

Este capítulo traça um panorama histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil, desde o surgimento das instituições manicomiais no século XIX até a consolidação das Comunidades Terapêuticas como dispositivos contemporâneos de cuidado e controle, com ênfase no período até 2015. Estruturado a partir do Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon, o capítulo aborda a racionalidade punitiva e a racialização da loucura como fundamentos das práticas de exclusão institucional, analisa a transição paradigmática promovida pela Reforma Psiquiátrica e examina o fortalecimento das CTs em um contexto de retração democrática e reconfiguração das políticas públicas. Ao articular saúde mental e estrutura racial, evidencia-se como os processos de institucionalização e cuidado estão imbricados em dinâmicas sociais que reproduzem desigualdades históricas, marcadas pelo racismo, patriarcado e lógica capitalista.

Capítulo 3- Entre a Regulação e o Estigma: A Construção da Política Brasileira sobre Álcool e Outras Drogas

Este capítulo analisa historicamente a política brasileira sobre álcool e drogas, do Código Penal de 1890 até 2016, evidenciando seu papel como instrumento de controle social e segregação sociorracial. Ao longo de cinco seções organizadas cronologicamente, o capítulo demonstra como discursos médicos, jurídicos e morais conformaram uma política proibicionista que associa o uso de substâncias à criminalidade, operando seletivamente sobre populações vulnerabilizadas. A partir da década de 2000, observa-se uma transição parcial para abordagens pautadas na saúde pública e na Reforma Psiquiátrica, embora permeadas por disputas ideológicas e contradições institucionais. O período final destaca a consolidação das Comunidades Terapêuticas como dispositivos que reatualizam práticas manicomiais sob novas formas, revelando como a política de álcool e drogas atua como mecanismo estruturante das desigualdades sociais e raciais no Brasil.

Capítulo 4 - O que se construiu e o que se destruiu?

Este capítulo analisa os desdobramentos das políticas de álcool e drogas e do cuidado psicossocial no Brasil entre 2016 e 2022, evidenciando como disputas ideológicas, reconfigurações institucionais e tensões entre modelos de atenção impactaram práticas de cuidado, marcos legais e garantias de direitos.

Estruturado em seis seções, o capítulo revela um cenário marcado pela retração do Estado social, avanço da lógica punitivista e fortalecimento das Comunidades Terapêuticas como dispositivos centrais, mesmo diante de denúncias de violações de direitos humanos. A análise crítica do PLANAD 2022 e do Plano Nacional 2025 mostra como, apesar de iniciativas participativas, a política de álcool e drogas permanece atravessada por contradições, reafirmando abordagens conservadoras em detrimento de estratégias pautadas na redução de

danos, cuidado em liberdade e promoção de direitos humanos.

A presente organização estrutural tem como finalidade assegurar a progressiva internalização dos referenciais conceituais que fundamentam este estudo, promovendo uma abordagem sistemática e coerente do objeto de análise.

2. REFERENCIAL TEÓRICO/NORMATIVO

O referencial teórico desta pesquisa articula conceitos oriundos da saúde coletiva, da sociologia crítica e da análise de políticas públicas, com destaque para o Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon (1984), que permite compreender como problemas, soluções e fluxos políticos se alinham para abrir janelas de oportunidade na formulação de políticas. Essa abordagem é fundamental para analisar a ascensão das Comunidades Terapêuticas como resposta institucional à questão do abuso das substâncias, especialmente em contextos marcados por mudanças governamentais e reconfiguração de coalizões ideológicas. A teoria dos fluxos contribui para evidenciar como determinadas soluções se tornam viáveis politicamente, mesmo que não estejam alinhadas às evidências científicas ou aos princípios dos direitos humanos.

A noção de racionalidade punitiva, conforme discutida por Henschel *et al.* (2015), é central para compreender os mecanismos de legitimação das práticas de exclusão e disciplinamento que atravessam as políticas de álcool e drogas no Brasil. Essa racionalidade opera por meio da associação entre o uso de substâncias e a criminalidade, sustentando intervenções que priorizam o controle social em detrimento do cuidado. Tal perspectiva é reforçada por discursos midiáticos e estatais que constroem o usuário como sujeito perigoso e incapaz, justificando medidas de contenção institucional, como o encaminhamento compulsório às Comunidades Terapêuticas. A análise crítica dessa lógica permite problematizar os efeitos dessas políticas sobre populações vulnerabilizadas, especialmente aquelas marcadas por desigualdades raciais, sociais e territoriais.

Do ponto de vista normativo, a pesquisa dialoga com os marcos legais da Reforma Psiquiátrica brasileira, especialmente a Lei nº 10.216/2001, que estabelece diretrizes para o cuidado em liberdade e a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Também são consideradas as normativas que regulam o funcionamento das Comunidades Terapêuticas, como as resoluções da ANVISA e os documentos do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). A análise dessas normativas permite identificar tensões entre os princípios da Reforma Psiquiátrica e as práticas institucionalizadas nas Comunidades Terapêuticas, evidenciando a necessidade de reorientação das políticas públicas em direção a modelos que

promovam autonomia, inclusão e justiça social.

3. METODOLOGIA

Gil (2002) descreve a pesquisa científica como: "o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos" (2002, p. 17). Diante desse entendimento, é possível aferir que ao iniciar uma pesquisa, o pesquisador tem como objetivo esclarecer questões, enriquecer o debate científico e propor novas interpretações, buscando resultados ou elucidar um problema previamente estabelecido. O autor estabelece uma divisão entre as pesquisas científicas, classificando-as como: pesquisa bibliográfica; documental; experimental; pesquisa *ex-post-facto*; pesquisa levantamento; pesquisa de campo; e estudo de caso. A presente abordagem metodológica se utiliza de ferramentas qualitativas próprias da pesquisa bibliográfica e documental.

Toda pesquisa científica, independente de suas características particulares e qualquer que seja sua classificação metodológica, deve apresentar necessariamente revisão bibliográfica. No entendimento de Gil (2002, p.44), a pesquisa bibliográfica: "é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos". Ou seja, é imperativo que o pesquisador busque referências anteriores para que o trabalho científico esteja devidamente fundamentado. Já a pesquisa documental reúne características diferentes, "a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias (Lakatos; Marconi, 2002, p.62).

A metodologia adotada nesta pesquisa é de natureza qualitativa, com enfoque exploratório e documental, voltada para a análise crítica de legislações, diretrizes institucionais e produções acadêmicas, relacionadas à reforma psiquiátrica, às políticas públicas de saúde mental e às Comunidades Terapêuticas no Brasil. A escolha pela pesquisa qualitativa se justificou pela adequação do método ao estudo de fenômenos sociais complexos e pela natureza singular do objeto típica da subjetividade (Minayo, 2011). Para alcançar os objetivos propostos, foram utilizados instrumentos capazes de permitir a cobertura de uma gama de fenômenos (Gil, 2002), tendo sido realizados levantamento documental e revisão bibliográfica, buscando levantar dados que serviram de base das análises.

O percurso metodológico foi realizado por meio de três etapas, descritas abaixo, visando o desenvolvimento dos objetivos:

Etapas 1. Levantamento e seleção bibliográfica.

O levantamento foi realizado em bases científicas como SciELO e CAPES Periódicos. Para garantir maior precisão e relevância na seleção dos materiais, foi empregado o sistema

booleano como ferramenta de filtragem e cruzamento de termos. Os operadores AND, OR e NOT foram utilizados estrategicamente para ampliar, restringir ou excluir resultados conforme os objetivos da pesquisa. Por exemplo, a expressão “*Comunidades Terapêuticas*” AND “*saúde mental*” foi usada para localizar estudos que abordassem diretamente a interface entre essas instituições e o campo da saúde mental; “*reforma psiquiátrica*” OR “*política de drogas*” que permitiu incluir diferentes abordagens teóricas e políticas sobre o cuidado em liberdade. Após o levantamento inicial, os materiais foram submetidos a critérios de relevância temática, rigor acadêmico e representatividade histórica.

O uso do sistema booleano mostrou-se eficaz para refinar os resultados, evitar duplicidades e garantir a inclusão de materiais com maior densidade teórica e relevância temática. Essa estratégia metodológica contribuiu para a construção de um corpus analítico consistente, que: abordasse as políticas públicas de saúde mental no Brasil, bem como o contexto histórico das instituições asilares e manicomiais e os desdobramentos da reforma psiquiátrica; sustentasse a discussão crítica sobre os processos de remanicomialização e o papel das Comunidades Terapêuticas na atual configuração das políticas de saúde mental.

Etapa 2. Análise documental.

A etapa 2 dedicou-se ao levantamento dos dados referentes à formulação da política de álcool e drogas no Brasil por meio de documentos oficiais do governo brasileiro em três momentos distintos: o período antes da Reforma Psiquiátrica; o período em que essa política passa a integrar o processo mais amplo da Reforma Psiquiátrica; e o período de 2016 a 2022, com vistas a fim de identificar a evolução quantitativa das Comunidades Terapêuticas, seu protagonismo como método de abordagem e acolhimento do usuário de álcool e drogas, comparando com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Dessa forma, a metodologia adotada para o levantamento de dados normativos consistiu na análise documental de atos legais e infralegais relacionados à política de saúde mental, política de álcool e outras drogas e ao funcionamento das Comunidades Terapêuticas no Brasil. Foram coletados e examinados portarias, resoluções, decretos, instruções normativas e leis federais, com o objetivo de compreender os marcos regulatórios que orientam a atuação dessas instituições.

A busca foi realizada em fontes oficiais como o Diário Oficial da União (DOU), o site do Ministério da Saúde, o Planalto.gov.br, e o Sistema de Legislação da Presidência da República, utilizando palavras-chave como “*Comunidades Terapêuticas*”, “*saúde mental*”, “*internação involuntária*”, “*reforma psiquiátrica*” e “*política de drogas*”.

A análise interpretativa foi conduzida com base em referenciais teóricos críticos,

especialmente aqueles vinculados aos estudos sobre *Reforma psiquiátrica e Política de drogas*. Essa abordagem possibilitou compreender como o Estado tem institucionalizado práticas de cuidado e controle, revelando as tensões entre os princípios da reforma psiquiátrica — centrados na autonomia, na desinstitucionalização e na dignidade humana — e a lógica moralizante que permeia parte das normativas que regulam as Comunidades Terapêuticas.

Etapas 3. Aplicação do Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon (*Multiple Streams Framework* – MSF).

A terceira etapa consistiu na utilização do Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon (1984) como método para entender a formação da agenda política, explicando como problemas, soluções e o contexto político se combinam para criar "janelas de oportunidade" que levam à adoção de políticas públicas. Ele vem sendo usado como ferramenta analítica para identificar o que faz um assunto entrar na agenda do governo, considerando o fluxo dos problemas, das soluções e da política, e a interação dinâmica entre eles e os atores políticos. E, no âmbito desta dissertação, foi usado para elucidar o contexto sociopolítico que permeiou a construção da agenda e a formulação das políticas públicas de álcool e drogas no Brasil. O modelo compreende três fluxos interdependentes:

- 1. Fluxo de Problemas (*problems stream*):** sistematiza a forma como determinadas questões sociais são reconhecidas como demandas públicas. Para isso, é fundamental o reconhecimento de indicadores, eventos críticos e crises que evidenciam a fragilidade das políticas no período;
- 2. Fluxo de Soluções/Alternativas (*policy stream*):** propostas técnicas, legislativas e institucionais em disputa no cenário político;
- 3. Fluxo Político (*political stream*):** mudanças institucionais, correlação de forças e papel dos atores governamentais e sociais.

A convergência desses fluxos — de problemas, soluções e política — abre, segundo Kingdon (1984), uma “janela de oportunidade” para a tomada de decisão e a inclusão de temas na agenda governamental. Esse modelo teórico é utilizado nesta pesquisa como ferramenta analítica para interpretar a dinâmica da formulação da agenda pública no campo das políticas de drogas e saúde mental.

A aplicação desse modelo é de extrema valia para identificar os fatores que influenciaram (e influenciam) a condução das decisões políticas, especialmente diante do atual cenário de retrocesso social, marcado pela revalorização de práticas asilares, pela moralização do cuidado e pela crescente influência de grupos religiosos na formulação de políticas públicas. Ao integrar os achados normativos com a análise dos fluxos de Kingdon, a pesquisa compreendeu como determinadas escolhas políticas foram institucionalizadas e quais interesses

sociais e ideológicos sustentam tais decisões.

A análise foi conduzida a partir da identificação dos fluxos de problemas, políticas e política institucional, buscando compreender como esses elementos convergiram para a formulação e implementação das diretrizes da reforma psiquiátrica. Essa abordagem possibilitou evidenciar os momentos de abertura da janela de oportunidade para mudanças estruturais na política de saúde mental, bem como os atores e interesses envolvidos em sua consolidação, conforme o quadro 4.

Quadro 4. Síntese do levantamento a partir do Modelo de Kingdon

CATEGORIAS DE FLUXOS	RESULTADO / AGENDA
Fluxo do Problema Fluxo de Soluções/ Alternativas Fluxo da Política	

Fonte: Benirschke, Henschel de Lima e Nascimento, 2025, p.9

Ressalta-se, mais uma vez, que a pesquisa gerou, como produto técnico-tecnológico (PTT), um relatório técnico-conclusivo, que apresenta uma análise situacional conclusiva sobre o papel das Comunidades Terapêuticas(CTs) na Política Nacional sobre Drogas no Brasil e propõe um plano de ação para realinhamento das políticas públicas aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO.

CAPÍTULO 1.

O Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon

Com esse apoio forte, apoio que resiste às revoluções, às mudanças de regime, eles tratam, no poder, não de atender as necessidades da população, não de lhes resolver os problemas vitais, mas de enriquecerem e firmarem a situação dos seus descendentes e colaterais. (Barreto, 2013, p.44)

Considerações Iniciais

O Capítulo 1 tem como objetivo esclarecer os conceitos de política pública e apresentar o Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon (*Multiple Streams Framework – MSF*), articulando-os ao contexto sociopolítico brasileiro *pós-impeachment* de 2016, marcado pela ruptura democrática, avanço da racionalidade neoliberal e reconfiguração das políticas sociais. Esse período é caracterizado pela intensificação da austeridade fiscal, pela fragilização dos direitos sociais e pela ascensão de dispositivos de controle institucional, como as Comunidades Terapêuticas, no campo da saúde mental.

Nesse cenário, o modelo se mostra fundamental para a pesquisa ao oferecer uma lente analítica capaz de compreender como determinadas pautas — especialmente aquelas relacionadas ao cuidado psicossocial e à política sobre drogas — conseguem adentrar a agenda governamental. Ao evidenciar a dinâmica entre os fluxos de problemas, soluções e política, o modelo permite identificar as janelas de oportunidade que viabilizam a formulação de políticas públicas alinhadas a interesses específicos, revelando as correlações de força e os empreendedores de políticas que operam em contextos de instabilidade e disputa. Este capítulo está dividido em três seções em ordem para facilitar a compreensão e fluidez do texto.

A primeira seção *Do Problema à Solução: Anatomia de uma Política Pública* apresenta o conceito de política pública como elemento fundamental para a compreensão das diretrizes, disputas e racionalidades que orientam a formulação e a implementação das ações estatais no campo do álcool e outras drogas. Ao delimitar esse referencial teórico, busca-se evidenciar como as políticas públicas expressam escolhas coletivas, mediadas por interesses diversos, e operam como instrumentos de regulação social, distribuição de recursos e afirmação (ou negação) de direitos, revelando “escolhas feitas por atores públicos e privados, em contextos institucionais específicos, e são influenciadas por valores, interesses e relações de poder” (Secchi, 2010, p.31).

A segunda seção *Os Múltiplos Fluxos em Perspectiva* traz a apresentação do Modelo dos Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Framework - MSF*), proposto por John Kingdon (1984), como ferramenta analítica para compreender os processos de formulação da agenda

pública. Fundamentado na ideia de que a definição de prioridades governamentais não segue uma lógica linear ou racional, o modelo propõe a existência de três fluxos relativamente independentes — o fluxo dos problemas, o fluxo das soluções (ou políticas) e o fluxo político — que, ao se acoplarem em momentos específicos denominados “janelas de oportunidade”, possibilitam a inserção de determinadas questões na agenda decisória. Essa abordagem permite compreender como determinadas demandas sociais ganham visibilidade e legitimidade institucional, enquanto outras permanecem marginalizadas, revelando o papel estratégico dos empreendedores de políticas e das correlações de força nos processos de decisão.

A terceira seção *Problemas, Soluções e Política* analisa o cenário pós-golpe de 2016 à luz do modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon, evidenciando como a erosão de garantias democráticas e a ascensão de uma racionalidade neoliberal reconfiguram a agenda pública. Nesse contexto, o fluxo dos problemas é alimentado por crises institucionais e retrocessos sociais, enquanto o fluxo das soluções passa a privilegiar propostas alinhadas à lógica de mercado, em detrimento de alternativas baseadas nos direitos humanos e na atenção psicossocial. A convergência desses fluxos, em um ambiente político marcado por instabilidade e austeridade, favorece a formulação de políticas que fragilizam os princípios da Reforma Psiquiátrica, promovendo a desestruturação da RAPS e a reatualização de práticas manicomialistas sob novas roupagens institucionais (Prudencio *et al.*, 2024).

1.1. Do Problema à Solução: Anatomia de uma Política Pública

Uma política pública não se forma sozinha; ela está inscrita, desde sua formulação, em um contexto mais amplo que envolve disputas ideológicas, interesses institucionais, movimentos sociais e diretrizes internacionais. No campo das políticas públicas, especialmente aquelas voltadas para o álcool e outras drogas, essa complexidade se intensifica, exigindo uma abordagem teórica consistente que permita compreender os fundamentos, tensões e reconfigurações que orientam sua construção e implementação.

Ao longo desta pesquisa, será realizada uma análise crítica que parte da Reforma Psiquiátrica brasileira — destacando, no capítulo 2, elementos como a luta antimanicomial, a reconfiguração dos serviços de saúde mental e a promulgação da Lei 10.216/01 — para, então, examinar a Política Nacional de Álcool e outras Drogas no marco da Reforma. Particular atenção será dada ao período de 2016 a 2022, em que observaremos um retrocesso significativo rumo ao modelo hospitalocêntrico, revelando uma regressão nas diretrizes que vinham sendo construídas em prol da atenção psicossocial e comunitária. Essa trajetória será explorada com base em documentos oficiais, discursos políticos e práticas institucionais, compondo um

panorama que busca compreender não apenas o que muda, mas como e por que essas mudanças ocorrem.

A definição de políticas públicas proposta por Secchi (2010) enfatiza seu caráter relacional e político, ao afirmar que elas são respostas do Estado a problemas públicos, moldadas por escolhas de atores diversos em contextos institucionais específicos, permeadas por valores, interesses e relações de poder. Essa perspectiva destaca a dimensão processual e conflitiva da formulação das políticas, evidenciando que elas não são neutras, mas sim produtos de disputas e negociações. Em diálogo com essa abordagem, Saravia (2006) complementa o entendimento ao enfatizar o caráter operacional das políticas públicas, concebendo-as como um sistema de decisões destinadas a manter ou modificar aspectos da realidade social por meio da definição de objetivos, estratégias e alocação de recursos. Enquanto Secchi (2010) ilumina o processo político e os condicionantes institucionais que moldam as políticas, Saravia (2006) contribui com uma visão mais estruturada e funcional, permitindo compreender como essas decisões se traduzem em ações concretas.

As contribuições de Secchi (2010) e Saravia (2006) oferecem uma base teórica importante para compreender as políticas públicas como processos marcados por disputas, escolhas estratégicas e operacionalizações que visam transformar aspectos da realidade social. No entanto, para além da formulação e implementação, é fundamental considerar também o campo analítico que se debruça sobre essas ações. Nesse sentido, Souza (2006, p. 20) aprofunda a discussão ao afirmar que “a política pública é o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)”. Essa perspectiva amplia o olhar sobre as políticas públicas, permitindo que sejam compreendidas não apenas como respostas institucionais, mas também como objetos de investigação crítica e reorientação estratégica.

Embora existam divergências teóricas quanto à linearidade e à rigidez das etapas, o ciclo das políticas públicas é comumente descrito (Rua, 2009; Saravia, 2007; Secchi, 2010) como um processo composto por fases interdependentes: a construção da agenda, a formulação da política, a tomada de decisão, a implementação e a avaliação.

Cada uma dessas etapas representa momentos distintos de atuação estatal, nos quais diferentes atores, interesses e racionalidades se articulam para definir, executar e revisar ações voltadas ao enfrentamento de problemas públicos. Ainda que este processo de fases interdependentes não capture toda a complexidade da prática governamental, ele constitui um recurso analítico valioso para compreender os fluxos decisórios e os mecanismos de governança

que sustentam a ação pública. De acordo com Secchi (2010, p. 33) “o ciclo de políticas públicas é um esquema de visualização e interpretação que organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes”. Essas etapas raramente refletem, de forma linear, o desenvolvimento real de uma política pública, uma vez que o dinamismo das relações entre Estado e sociedade imprime complexidade ao processo. Na prática, as fases do ciclo tendem a se sobrepor, alternar-se e até mesmo ocorrer simultaneamente, revelando uma lógica não sequencial, marcada por disputas, reconfigurações e ajustes contínuos (Secchi, 2010).

A construção da agenda governamental está profundamente vinculada aos interesses dos grupos dominantes que atuam no interior de um determinado contexto sociopolítico. Esses grupos, ao ocuparem posições estratégicas nos campos político, econômico e midiático, exercem influência direta sobre a definição dos problemas públicos que serão priorizados pelo Estado.

Capella (2018) evidencia que tal construção seria o processo pelo qual as questões passam a concentrar atenção de atores relevantes à produção de políticas públicas. Salienta-se, portanto, a relevância de considerar o contexto histórico e político, compreendido entre o período pós-golpe de 2016 e 2022, como elemento fundamental para a compreensão dos objetivos estratégicos dos grupos envolvidos e da convergência de interesses que orientou a reconfiguração da agenda pública. Conforme dito anteriormente, esse intervalo temporal é marcado por intensas disputas institucionais, avanço de políticas neoliberais e retração de direitos sociais, revelando um cenário em que atores políticos, econômicos e midiáticos atuam de forma articulada para consolidar um projeto de Estado mínimo e moralizante. Sendo assim, é possível compreender não apenas os arranjos político-institucionais que influenciam a formulação das políticas, mas também os processos de legitimação simbólica que sustentam a desestruturação de programas historicamente construídos.

Para Lobato (2006), a atuação estatal na seleção de demandas está intrinsecamente vinculada à lógica de sua reprodução, permanência e expansão, sendo essas demandas orientadas tanto à manutenção quanto à transformação das condições sociais vigentes. Nesse processo, o Estado não apenas responde a pressões externas, mas também exerce um papel ativo na definição daquilo que será considerado problema público. A etapa de formulação da política pública, por sua vez, configura-se como um momento decisório formal, no qual se consolidam escolhas políticas por meio de atos normativos.

Saravia (2006) afirma que essa fase envolve a seleção e especificação da alternativa considerada mais conveniente, seguida da explicitação dos objetivos da política e da definição de seu marco jurídico, administrativo e financeiro, estabelecendo os parâmetros institucionais

para sua implementação. Essa escolha não se dá de forma neutra, mas resulta de processos de negociação, análise técnica e disputas políticas entre os diversos atores envolvidos. Trata-se, portanto, de uma etapa que consolida os parâmetros formais e operacionais da ação estatal, conferindo legitimidade e viabilidade à política pública proposta. Retomando a referência de Lobato (2006), verificamos como ela corrobora a posição de Saravia (2006). De fato, para Lobato (2006) entender determinada formulação da política pública é necessário entender a conjuntura de tal sociedade.

Para a análise do processo de formulação de políticas públicas é necessário, portanto, o tratamento de condições específicas de uma dada formação social. A importância da representação de interesses reside em que essas condições, quando referidas ao processo político que inscreve uma determinada política pública, não estão previamente dadas. Elas se manifestam através de diferentes atores sociais, que representam interesses diversos. Tanto as condições histórico-estruturais quanto as específicas que determinam direta e/ou indiretamente uma dada política pública, se localizam no processo político que a circunscreve e se manifestam através de diferentes atores sociais. Os interesses são, portanto, a representação, no nível político, daquelas condições. A possibilidade de que se perpetuem ou sejam modificadas, é expressa na forma de demandas e através de grupos e/ou movimentos específicos da sociedade. (Lobato, 2006, p.40)

1.2. Os Múltiplos Fluxos em Perspectiva

Para atingir o objetivo desta pesquisa — compreender os processos de formulação e reconfiguração da Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas à luz das disputas institucionais e ideológicas que marcaram o período recente — é necessário recorrer ao Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon (1984). Neste ponto da pesquisa, já evidenciamos que o intervalo temporal analisado (2016–2022) é marcado por intensas disputas institucionais, avanço de políticas neoliberais e retração de direitos sociais, revelando um cenário em que atores políticos, econômicos e midiáticos atuam de forma articulada para consolidar um projeto de Estado mínimo e moralizante.

Essa conjuntura impacta diretamente a política de álcool e drogas, que passa a ser orientada por uma lógica punitivista e hospitalocêntrica, em detrimento dos princípios da atenção psicossocial e da redução de danos. O Modelo dos Múltiplos Fluxos, ao propor a interação entre os fluxos de problemas, políticas e política, oferece uma lente analítica precisa para elucidar como essas forças se alinham, permitindo a abertura de janelas de oportunidade que viabilizam mudanças na agenda governamental. Assim, sua aplicação neste estudo é fundamental para compreender como determinadas ideias e interesses conseguiram se consolidar como política pública, mesmo diante de resistências e alternativas em disputa.

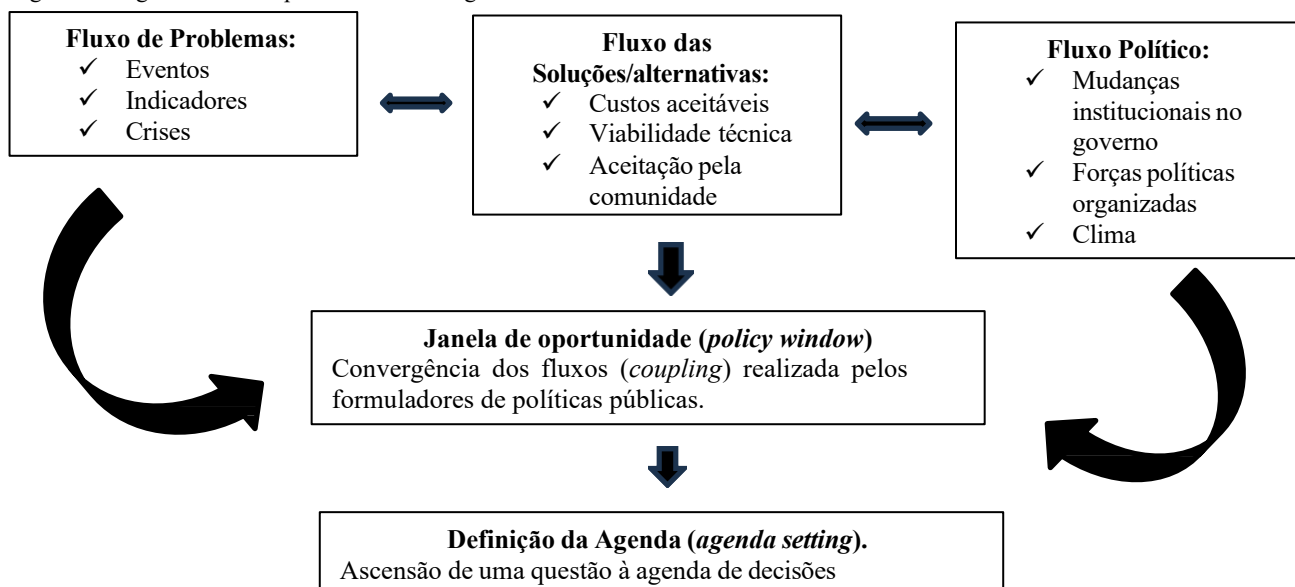
O Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon (MSF) teve origem nos estudos sobre formação da agenda pública, formulado por Kingdon (1984) e Zahariadis (2007) e foi elaborado

a partir da seguinte pergunta: “por que alguns problemas se tornam, em um determinado momento, importantes para um governo?” A partir desta pergunta, Kingdon (1984) propõe que o processo de tomada de decisão nas políticas públicas poderia ser formalizado por uma estrutura analítica com os seguintes elementos:

- a. Fluxos - problemas (*problems stream*), soluções/alternativas (*policy stream*) e político (*political stream*);
- b. Janela de oportunidade (*policy window*);
- c. Agenda (*agenda setting*).

A figura 3 expõe uma representação visual do Modelo.

Figura 3. Diagrama de Múltiplos Fluxos de Kingdon.



Fonte: Benirschke, Henschel de Lima e Nascimento, 2025, p.7

O Modelo dos Múltiplos Fluxos propõe que a formulação da agenda governamental resulta da confluência de três correntes relativamente independentes: o fluxo dos problemas, o fluxo das alternativas e o fluxo político (Kingdon, 1984). Essa convergência ocorre em momentos específicos denominados, pelo autor, de “janelas de oportunidade”, nos quais empreendedores de políticas conseguem acoplar os fluxos e inserir determinadas questões na agenda decisória. Trata-se de um modelo que reconhece a ambiguidade e a fluidez do processo decisório, rompendo com visões lineares e racionais da formulação de políticas públicas.

De acordo com Capella (2018), o governo pode ser considerado como uma organização permeada por três fluxos decisórios relativamente independentes – problemas (*problems stream*); soluções ou alternativas (*policy stream*); e política (*political stream*). O dinamismo do Estado/sociedade e suas respectivas transformações na agenda resultam do processo de

convergência desses três fluxos, em momentos críticos em que janelas de oportunidade (*policy windows*) favorecem a mudança, operada pelos empreendedores de políticas (*policy entrepreneurs*). Sobre, então, a estrutura de fluxos do Modelo: “Esses três fluxos — problemas, soluções e política — percorrem o sistema decisório de forma relativamente independente, e sua convergência em momentos críticos, denominados janelas de oportunidade, permite que determinadas questões ascendam à agenda governamental. (Capella, 2018, p.98).

Kingdon (1984) explica que tais elementos estruturais se convergem alterando o processo de formação da agenda (*agenda-setting*) e de definição de alternativas (*policy formulation*). Diante da dinamicidade que caracteriza as relações entre Estado e sociedade, determinados temas adquirem maior sensibilidade e centralidade em momentos específicos, em função de fatores conjunturais, simbólicos e estruturais. Nesse cenário, o modelo dos múltiplos fluxos — composto pelos fluxos dos problemas, das alternativas e do contexto político — permite compreender como a convergência desses elementos pode gerar a abertura de uma janela de oportunidade.

Tal janela não possui natureza fixa ou permanente, sendo marcada por sua transitoriedade, instabilidade e alta sensibilidade às mudanças no ambiente institucional e social. Trata-se de um momento crítico em que os empreendedores de políticas conseguem acoplar os fluxos e inserir determinadas questões na agenda governamental, favorecendo a formulação de políticas públicas. Havendo qualquer mudança no cenário político, podemos ter também a mudança dessa janela de oportunidade.

O Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon considera a contínua interação de problemas, soluções e política no processo de formação de novas agendas e de escolhas de políticas públicas, se apropriando de forma renovada do modelo da lata de lixo para se contrapor à visão racionalista de formulação de políticas (Menicucci, 2018). Cabe ressaltar que o fluxo de solução não está ligado necessariamente ao fluxo de problemas, tampouco ligado ao fluxo de políticas, não são equânimes, nem equivalentes. Essa dissociação entre os fluxos revela a complexidade e ambiguidade do processo de formulação de políticas públicas e reforça a importância dos empreendedores de políticas — atores que atuam estrategicamente para acoplar os fluxos e inserir suas propostas na agenda governamental. Importante ressaltar que o foco é sobre o papel das relações Estado-sociedade e dos conflitos associados na estruturação das políticas públicas, conforme entedimento de Menicucci (2018).

A observação da figura 3, no contexto das considerações aqui feitas, permite então uma compreensão a respeito da articulação estrutural entre fluxos, janela de oportunidades e agenda.

O primeiro fluxo — *problems stream* — busca analisar de que forma as questões são

reconhecidas como problemas. Está voltado para analisar os mecanismos pelos quais determinadas questões sociais passam a ser reconhecidas como problemas públicos, dignos de atenção governamental. Essa transformação não ocorre de forma automática ou objetiva, mas resulta de processos interpretativos e simbólicos que envolvem múltiplos atores e contextos. Para Kingdon (1984), uma situação apresenta-se como problema quando os formuladores de políticas creem que essa situação deva ser alterada, dependendo da forma que é percebida, interpretada e definida como tal. Cabe salientar que, conforme Kingdon (1984), problemas são construções sociais, envolvendo interpretação, dependendo da forma como ele é percebido, nomeado e legitimado no espaço público, sendo influenciados por valores culturais, interesses políticos e estruturas institucionais.

O segundo fluxo — *policy stream* — refere-se ao conjunto de alternativas, propostas e soluções que circulam no ambiente decisório e que podem ser mobilizadas para enfrentar problemas públicos previamente identificados. Segundo Kingdon (1984), as ideias desse fluxo não estão necessariamente correlacionadas com os problemas do fluxo anterior, elas geralmente criam alternativas para solucionar situações e buscam problemas para que possam ser utilizados estes recursos. Esse fluxo opera de forma relativamente autônoma em relação aos demais, sendo comum que soluções existam antes mesmo da definição clara de um problema, aguardando uma oportunidade para serem acopladas. A viabilidade técnica, a compatibilidade com os valores dominantes e os custos políticos e financeiros são critérios centrais para que uma proposta seja considerada séria e apta a ingressar na agenda decisória. Diversos atores sociais, como políticos, pesquisadores, servidores públicos, estão presentes no desenvolvimento desta etapa.

O terceiro fluxo — *political stream* — corresponde à dimensão política propriamente dita, englobando os fatores institucionais, ideológicos e conjunturais que moldam a receptividade do sistema decisório às propostas de política pública. Para Kingdon (1984), esse fluxo é influenciado por três elementos centrais: o clima político, as forças organizadas e as mudanças internas no governo. O clima político, também chamado de “humor nacional”, refere-se ao conjunto de valores, percepções e disposições compartilhadas pela sociedade em determinado período, funcionando como um solo fértil para a germinação de determinadas ideias e o bloqueio de outras.

As forças políticas organizadas — como partidos, grupos de interesse e movimentos sociais — atuam na arena decisória sinalizando consenso ou conflito em torno de propostas específicas, o que pode favorecer ou inviabilizar sua inclusão na agenda. Por fim, as mudanças institucionais no interior do governo, como alterações na chefia do Executivo, na composição

legislativa ou nos quadros burocráticos, podem redefinir prioridades, abrir espaço para novas demandas ou restringir a permanência de temas anteriormente considerados relevantes. Esses três elementos, ao interagirem, configuram o ambiente político que condiciona a emergência, a sustentação ou o abandono de questões na agenda governamental.

O golpe jurídico-parlamentar de 2016, que destituiu uma presidenta eleita democraticamente, representou a abertura de uma janela de oportunidade regressiva em relação aos avanços obtidos com a Reforma Psiquiátrica: uma mudança ideológica e estrutural do cenário político brasileiro que culminou no *impeachment* em 2016 e que se manifestou na forma da elaboração da Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN.

Esse quadro de ruptura institucional, não apenas alterou os arranjos de poder, como também permitiu a emergência de uma agenda conservadora que impactou diretamente o campo das políticas públicas de saúde mental. De fato, entre 2016 e 2022, observou-se um conjunto de alterações normativas e institucionais que favoreceram o fortalecimento de práticas manicomiais e a ampliação da presença de Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sinalizando um processo de inflexão nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os diversos atores sociais que estiveram envolvidos neste contexto conseguiram configurar uma agenda alternativa capaz de levar a alterações institucionais a partir da mobilização de redes de políticas públicas, ou comunidades de políticas ou coalizões de defesa, conforme o enfoque privilegiado de acordo com Mennicucci (2018).

O clima deste período fomentado pela conjuntura sociopolítica e pelas demandas sociais, corroborado por uma forte campanha midiática, favoreceu a discussão de pautas conservadoras, não progressistas, retrocedendo aos paradigmas antigos, sobretudo no âmbito social. Foram perceptíveis as forças políticas exercidas especialmente por partidos políticos e atores sociais dos setores mais conservadores e a construção de um cenário favorável para discussão, elaboração e formulação de políticas que atendessem seus interesses, sendo necessário que os interesses se coadunem, principalmente em se tratando daqueles setores que o Estado visa a cooptar segundo entendimento de Lobato (2006).

Essa configuração não se dá de forma espontânea, mas resulta de estratégias articuladas de ocupação de espaços decisórios, mobilização simbólica e construção de consensos seletivos. Para que tais políticas sejam viabilizadas, torna-se necessário que os interesses desses grupos se coadunem com os objetivos estratégicos do Estado, sobretudo no que tange à cooptação de setores considerados chave para a manutenção da governabilidade e da estabilidade institucional. Nesse processo, o Estado atua não apenas como mediador, mas também como agente ativo na incorporação de demandas que reforcem determinadas visões de mundo,

consolidando um projeto político que privilegia a reprodução de estruturas conservadoras e a contenção de agendas transformadoras.

Nesse cenário, evidencia-se como a articulação entre os fluxos de problemas, soluções e política — conforme proposto por Kingdon (1984) — favoreceu a ascensão de uma agenda neoliberal que redefine o papel do Estado na gestão da saúde mental e das políticas sobre drogas. A desestruturação da RAPS, impulsionada por cortes orçamentários e pela transferência sistemática de recursos para dispositivos privados e conservadores, como as Comunidades Terapêuticas, revela não apenas uma mudança de rumo institucional, mas também uma reconfiguração ideológica que subordina os direitos sociais às exigências do mercado, conforme entendimento de Costa (2020).

O modelo se mostra de extrema valia na identificação dos fatores que influenciam na formulação de decisões políticas, considerando a contínua interação de problemas, soluções e política no processo de formação de novas agendas e de decisão por políticas públicas, se contrapondo à visão racionalista de formulação de políticas. Trata-se, portanto, de um momento em que a janela de oportunidade foi capturada por atores políticos e empreendedores de políticas alinhados a uma racionalidade gerencial e moralizante, comprometendo os avanços da Reforma Psiquiátrica e reinstaurando, sob novas roupagens, práticas de exclusão e disciplinamento.

Nas seções seguintes, retomaremos os principais pontos abordados nos capítulos 1 a 3, a fim de evidenciar os múltiplos fluxos que levaram à Reforma Psiquiátrica com a promulgação da Lei 10.216/01 e, conseqüentemente à ruptura com o modelo hospitalocêntrico; bem como os caminhos seguidos pela política nacional de álcool e outras drogas no Brasil, que torna explícita a dinâmica que abriu janelas de oportunidade favoráveis à reconfiguração da política (fortalecimento das Comunidades Terapêuticas, guinada à abstinência, retração da Política de Redução de Danos e retrocessos na Reforma Psiquiátrica) e apontar elementos estratégicos para futuros processos de *agenda-setting*.

1.3. Problemas, Soluções e Política

O golpe de 2016 instalou uma profunda crise institucional e democrática no país. A instabilidade jurídica associada ao avanço das políticas neoliberais gerou graves problemas socioeconômicos, destacando as estratégias que impulsionam a agenda neoliberal, caracterizada pela desestruturação e enfraquecimento dos serviços públicos. No campo da saúde mental, foi claro o enfraquecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Souza *et al.*, 2024).

Vale ressaltar que o golpe de 2016, iniciou-se muito antes na época do resultado das eleições de 2014 em que Dilma Rousseff ganhara a eleição para Presidenta da República. Em

30 de outubro de 2014, o coordenador geral da campanha de Aécio Neves pelo PSDB⁹ – o então deputado federal Carlos Sampaio – protocolara no Tribunal Superior Eleitoral (TSE) um pedido de auditoria a fim de que se verificasse a "lisura" da eleição presidencial. Na petição, o PSDB citara denúncias e desconfiâncias difundidas na internet e nas redes sociais, argumentando que a sociedade estaria questionando a veracidade do resultado das eleições (G1, 2014). Esse pedido de auditoria das urnas, foi feito em aliança com grupos de direita que geraram os movimentos do impeachment (MBL, Vem pra Rua, por exemplo) logo depois. “Um grande acordo nacional, com o Supremo, com tudo”¹⁰ ocasionou um enfraquecimento das instituições sem precedentes. A solução de “botar o Michel” aprofundou ainda mais a crise, fortalecendo o modelo *war on drugs* (Prudêncio *et al.*, 2024); e estruturou o país para uma guinada à direita, que culminou com a eleição de Jair Bolsonaro à Presidência da República.

É importante ressaltar que os acontecimentos políticos e institucionais aqui mencionados mostram como o fluxo dos problemas acaba se confundindo com o fluxo das soluções razão disso é a força retrógrada impressa pela extrema direita, o que antes era problema, passou a ser solução e vice-versa, conforme afirma o estudo de Souza *et al.* (2024).

Esse processo foi sendo estabelecido através de diversas portarias e resoluções, instituídas sem debate ou participação social, com destaque para a Portaria 3588/2017, que promoveu alterações significativas na política de saúde mental, fundamentando-se em velhos princípios que se expressam na ampliação dos recursos público para internação e leitos psiquiátricos, a ambulatorização do cuidado e o crescente financiamento das Comunidades Terapêuticas. (Souza *et al.*, 2024, p. 114)

Já no fluxo das soluções, observa-se que o desprestígio da pauta antimanicomial — inclusive em setores progressistas — acaba funcionando como um aliado poderoso na consolidação de propostas que se afastam dos princípios da Reforma Psiquiátrica. A baixa resistência de grupos políticos que, em tese, poderiam frear retrocessos, contribui para a legitimação de projetos que reforçam o modelo hospitalocêntrico e abstencionista. Um exemplo emblemático é a incorporação das Comunidades Terapêuticas à rede pública de atenção, com financiamento estatal, medida adotada ainda em 2011, durante o governo Dilma Rousseff, por meio do programa “*Crack, é possível vencer*”. Essa decisão, embora tenha sido apresentada como uma ampliação da rede de cuidado, representou uma aproximação do governo com setores conservadores e abrindo espaço para a retomada de práticas pautadas por uma lógica

⁹ : G1. PSDB pede ao TSE auditoria para verificar 'lisura' da eleição. 30/10/2014. Disponível em <https://g1.globo.com/politica/noticia/2014/10/psdb-pede-ao-tse-auditoria-para-verificar-lisura-da-eleicao.html>. Acesso em 29 ago. 2025.

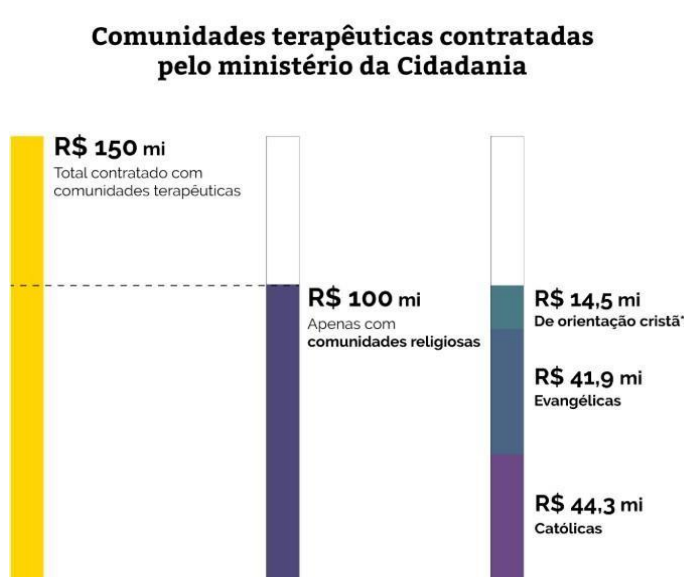
¹⁰ El País, 20 de maio de 2016. Diálogo interceptado entre Romero Jucá e Sergio Machado, a época respectivamente, senador e presidente da Transpetro. Disponível em https://brasil.elpais.com/brasil/2016/05/24/politica/1464058275_603687.html Acesso em: 19 de jul de 2023.

proibicionista, criminalizante, higienista e manicomial, como indicam Prudêncio e Senna (2022).

Mas e os custos toleráveis? Os custos são normalmente bastante toleráveis quando atendem aos interesses de quem já ocupa posições de poder. Quando um governo de extrema direita movimenta o dinheiro para Comunidades Terapêuticas controladas por grupos conservadores que votam e investem na mesma extrema direita, que avança com as pautas conservadoras, ele monta um ciclo perfeito.

Em matéria intitulada *Entidades cristãs receberam quase 70% da verba federal para Comunidades Terapêuticas no primeiro ano de governo Bolsonaro* (2020), o Jornal Pública. Agência de jornalismo investigativo afirma que mais de 60% das Comunidades Terapêuticas, contratadas pelo ministério da Cidadania em 2019, têm ligações diretas com grupos religiosos cristãos e/ou são presididas por sacerdotes, como padres, missionários e pastores. Em sua maioria, a leitura da bíblia, cultos, missas e orações integravam a direção do tratamento oferecido aos usuários de drogas. Nessa mesma matéria, averigou-se que os maiores contratos também são com CTs cristãs. Por exemplo, nessa época o Grupo de Assistência à Dependência Química Nova Aurora, estava no topo da lista, tendo recebido o valor de R\$ 1,6 milhão. Em seguida, estava a Escola de Treinamentos Missionários, do grupo evangélico Desafio Jovem, que recebera R\$ 1,3 milhão. Em 2019, o Ministério da Cidadania pagou R\$ 11,8 milhões a unidades do Desafio Jovem (ONG fundada por pastores da Assembleia de Deus nos Estados Unidos). A figura 4 mostra o gráfico das CTS contratadas pelo Ministério da Cidadania e suas orientações religiosas.

Figura 4. CTS contratadas pelo Ministério da Cidadania



Fonte: Pública, Agência de jornalismo investigativo, 2020.

Essa dinâmica pode ser compreendida como a consolidação de um circuito político-econômico ideológico, no qual o financiamento público de CTs controladas por grupos conservadores não apenas sustenta essas instituições, mas também retroalimenta a base de apoio político do próprio governo que as financia (Gomes; Monteiro; Abreu, 2024). Trata-se de um arranjo que articula interesses religiosos, econômicos e partidários em torno de uma agenda moralizante e punitivista, frequentemente em desacordo com os princípios da RP e dos direitos humanos.

Ignorar qualquer lógica ou ciência também é um fator interessante. Quando os atores envolvidos no processo decisório fundamentam suas posições em opiniões não embasadas, crenças de cunho religioso e informações imprecisas, cria-se um ambiente propício à aceitação e à implementação de proposições desprovidas de rigor técnico e racionalidade (Gomes; Monteiro; Abreu, 2024). Tal cenário favorece a naturalização de projetos normativos ou políticos que, sob uma análise crítica, se revelariam inconsistentes ou potencialmente lesivos ao interesse público.

Do ponto de vista científico, não havia respaldo empírico, na época, que sustentasse a adoção do eletrochoque como prática terapêutica privilegiada no tratamento da psicose; da mesma forma, não há respaldo empírico para a substituição de equipes interdisciplinares por fundamentos dogmáticos de natureza religiosa na condução do cuidado em saúde mental (Gomes; Monteiro; Abreu, 2024).

De igual modo, a imposição da abstinência como condição única e obrigatória para o tratamento do uso de substâncias psicoativas revela-se incompatível com as evidências acumuladas no campo da saúde, as quais reconhecem a estratégia de redução de danos como abordagem ética, eficaz e centrada na autonomia dos sujeitos, conforme preconiza Rodrigues (2025) em seu estudo *“Entre leis, moralidades e éticas: direitos humanos, usuário de drogas e política de redução de danos”*.

Tais argumentos tornam-se secundarizados quando a retórica “antidrogas” é estrategicamente mobilizada como extensão discursiva daquilo que se convencionou chamar de “valores da família cristã e conservadora”. Conforme corrobora Paula (2024, p.43), “o entrelaçamento entre pastores e CTs evidencia um projeto político fundamentalista, que faz avançar a necropolítica neoliberal sobre os territórios periféricos.”

Por fim, no fluxo da política - em 2018, houve eleições para cargos estaduais e federais, o *turnover* (Kingdon, 1984) que inspiraram mudanças na agenda. Nas eleições de 2018, o Brasil demonstra mais uma guinada à direita. Após os anos do governo de Michel

Temer, o candidato de extrema direita Jair Bolsonaro foi eleito. O discurso de extrema direita, conservador nos costumes e liberal na economia¹¹, representou não apenas uma ruptura com os governos progressistas anteriores, mas também a emergência de um novo arranjo político-ideológico sustentado por pautas moralizantes e deslegitimação das instituições tradicionais.

Com o novo presidente, de características antidemocráticas, passa a ganhar fôlego um discurso simplista de combate ao crime e às drogas. O fortalecimento do desmonte da política de saúde mental e o expressivo aumento da financeirização das CTs são perceptíveis a partir deste novo governo (Prudêncio *et al.*, 2024). Esses aspectos serão centrais na escrita da Nota Técnica nº 11/2019 que será trabalhada no capítulo 4.

Conforme aponta Costa (2020, p.34) “a inserção e o dispêndio de verba pública para as CTs não só contribuem para a manutenção dessas lacunas e o histórico de desresponsabilização assistencial do Estado, como os intensifica e corrobora a deslegitimação dos dispositivos públicos”. O desprezo aos direitos humanos também marca a passagem da extrema direita pela presidência do país, o humor nacional ganha contornos punitivistas e violentos.

(...) no governo de Jair Bolsonaro, o arcabouço político-legal-normativo na área é substancialmente modificado, e o que já não era bom, torna-se pior. As políticas na área voltam a ser antidrogas - a despeito dos nomes que venham a ser divulgados, o que implica mais repressão, coerção, encarceramento e genocídio. No âmbito do cuidado, significa que a única condição aceitável é a abstinência, fazendo com que a Redução de Danos deixe de Políticas sobre drogas no Brasil e os moinhos de gastar gente fazer sentido. Aliado a isso, temos a reinstitucionalização nas políticas de lógicas e práticas manicomiais, retrocedendo alguns dos principais avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira, vinculadas a processos de ainda maior mercantilização e privatização da saúde e atrelamentos a fundamentalismos religiosos... (Costa, 2022, p. 70, 71).

A guinada à direita não se limitou à esfera do Poder Executivo. Verificou-se, igualmente, uma expressiva reconfiguração do Poder Legislativo, com a eleição de diversos representantes alinhados à extrema direita para o Congresso Nacional e para as assembleias legislativas estaduais. Esse movimento resultou na ampliação de bancadas parlamentares comprometidas com pautas moralizantes, de viés autoritário e frequentemente contrárias aos princípios democráticos e aos direitos humanos. O legislativo ficou repleto de representantes que engrossam as chamadas bancadas da bíblia, do boi e da bala¹², que embora à primeira vista pareçam representar interesses setoriais distintos — religiosos, agrários e securitários —, observa-se uma atuação legislativa marcada por alta convergência ideológica, sobretudo em pautas de cunho moral, repressivo e antidemocrático. Conforme destacam Solano, Rocha

¹¹ Lema ideológico da campanha, corroborado por setores da sociedade. Disponível em https://brasil.elpais.com/brasil/2017/11/23/politica/1511456838_152216.html. Acesso em 19 ago. 2025.

¹² Carta Capital, 12 de outubro de 2018. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/a-nova-cara-das-bancadas-do-boi-da-bala-e-da-biblia/>. Acesso em: 18 de jul de 2023.

(2019), essas frentes parlamentares operam como agentes de retrocesso institucional, instrumentalizando a moral religiosa e o punitivismo como estratégias de mobilização política e formulação legislativa.

A atuação conjunta dessas bancadas tem contribuído para a consolidação de uma agenda política regressiva, que privilegia interesses corporativos e religiosos em detrimento de direitos sociais e da laicidade do Estado, bem como na mercantilização e privatização do cuidado e na ascensão de perspectivas conservadoras e fundamentalistas de cunho religioso, que orientam práticas institucionalizadas de controle moral disfarçadas de terapêuticas (Costa, 2024).

Os capítulos que se seguem apresentam o resultado do levantamento bibliográfico e documental acerca das transformações nas políticas públicas de saúde mental no Brasil, com especial atenção às tensões que permeiam sua trajetória. A análise evidencia os múltiplos fluxos que, em determinados momentos, impulsionaram avanços — como a promulgação da Lei nº 10.216/2001, que consolidou a RP e promoveu a ruptura com o modelo hospitalocêntrico — e, em outros, indicaram retrocessos, sobretudo a partir da formulação de políticas voltadas ao cuidado de pessoas com transtornos decorrentes do abuso de substâncias, que resgatam práticas asilares e reforçam a lógica da internação. Essa trajetória será analisada ao longo dos próximos capítulos, articulando os marcos legais, os discursos institucionais e os dispositivos de cuidado que sustentam tanto a reforma psiquiátrica quanto os movimentos de resistência a ela.

Ao final dos capítulos 2 e 4, será inserida uma seção específica de síntese do mapeamento dos fluxos, distinguindo-se entre aqueles relacionados à Reforma Psiquiátrica e os referentes à Política de Álcool e Outras Drogas. Essa estratégia visa evidenciar, de forma sistematizada, a aplicação do modelo analítico adotado, permitindo a verificação com clareza dos resultados obtidos a partir da metodologia proposta. Além disso, tal destaque contribui para explicitar como, no período analisado, observa-se a reemergência de práticas hospitalocêntricas e punitivistas, em contradição com os princípios da Reforma, o que reforça a pertinência e a coerência do título desta pesquisa.

CAPÍTULO 2.

Do Asilo à Comunidade Terapêutica: A Persistência da Lógica Manicomial no Brasil

*Eu vim do Pronto Socorro do Rio de Janeiro,
Onde a alimentação era eletrochoque,
injeção e remédio,
E era um banho de chuveiro, uma bandeja de alimentação
E viagem sem eu saber para onde ia
Vim parar aqui nessa obra, nessa construção nova
(Patrocínio, 2002, p.53)*

Considerações Iniciais

O Capítulo 2 propõe um panorama do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, partindo do surgimento das primeiras instituições manicomiais no final do século XIX até o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas (CTs) como dispositivos contemporâneos de cuidado e controle, com ênfase no período que se estende até o ano de 2015. Este capítulo se divide em três seções disponibilizadas de acordo com acontecimentos captados pelo Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon.

A primeira seção *Arquiteturas da exclusão: racionalidade punitiva, institucionalização do desvio e a racialização da loucura* propõe uma contextualização histórica das instituições de controle social desde o século XIX até a década de 1970. A análise parte da emergência de dispositivos disciplinares modernos — como prisões, hospitais psiquiátricos e asilos — que, sob a égide de uma racionalidade punitiva, passaram a gerir os corpos considerados indesejados.

A segunda seção *A Reforma Psiquiátrica como Ruptura Paradigmática* dedica-se à análise do processo histórico e político que marcou a transição do modelo asilar para um novo paradigma de cuidado em saúde mental no Brasil. O recorte temporal abrange desde o final da década de 1970 — período de efervescência política e emergência dos movimentos sociais — até a promulgação da Lei nº 10.216, em 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A terceira seção *Do Surgimento à Consolidação: As Comunidades Terapêuticas como Manicômios do Século XXI* examina o processo histórico das Comunidades Terapêuticas no Brasil, desde suas primeiras manifestações nos anos 1970 até o ano de 2015/2016. A análise contempla não apenas o contexto sociopolítico que favoreceu sua proliferação, mas também os marcos normativos e os mecanismos de financiamento público que contribuíram para sua consolidação como dispositivos de cuidado — ou, mais precisamente, de controle — no campo da saúde mental.

Importante salientar que em um país racializado como o nosso, a discussão da reforma psiquiátrica mostra-se indissociável à dinâmica da estrutura racial, embora seja um tema pouco

debatido (David, Vicentin, 2020), sendo notável como a institucionalização de corpos passa pela questão racial. Conforme Passos (2018, p.13) “essas instituições sustentam a reprodução do capitalismo e de sua sociabilidade. Não podemos esquecer que o capitalismo e sua sociabilidade estão assentadas no racismo e no patriarcado”. Por este motivo, este capítulo estabelece um diálogo essencial entre a reforma psiquiátrica e a questão racial, evidenciando como os processos de transformação da saúde mental estão intrinsecamente ligados às dinâmicas sociais que perpetuam desigualdades raciais e estruturais.

2.1. Arquiteturas da exclusão: racionalidade punitiva, institucionalização do desvio e a racialização da loucura

Cerca de trinta anos antes da abolição da escravidão e da promulgação do Código Penal – que passou a considerar a vadiagem um crime – foram estabelecidos o primeiro manicômio e o primeiro presídio do Brasil (Paula, 2024). Esses marcos institucionais refletiam uma mudança na forma como o Estado lidava com questões relacionadas à ordem pública, ao controle social e à marginalização de determinados grupos da sociedade. No Brasil, o tratamento das pessoas com transtornos mentais era predominantemente realizado em instituições manicomiais. Conforme ressalta Paula (2024, p.43), os manicômios surgem como “instituições asilares das sociedades disciplinares, onde o louco era retirado do convívio social de modo permanente”. O que se articula à denominação de *racionalidade punitiva*, proposta pelo estudo de Henschel de Lima *et al.* (2015).

O modelo hospitalocêntrico se apresentava como instituições fechadas e segregativas, onde os pacientes eram isolados da sociedade. O tratamento era frequentemente baseado em abordagens médicas e farmacológicas, com pouca atenção às necessidades sociais e psicológicas dos indivíduos. Em seu estudo *O devir negro da luta antimanicomial: sobre Pombagira e as tecnologias ancestrais do povo de rua*, Tadeu de Paula mostra como essas instituições funcionavam como um depósito daqueles que estavam distante das expectativas sociais (2024, p. 29) “o manicômio comparece como um regime de visibilidades sobre todos aqueles que não considerados aptos a fazer parte do novo contrato social”. Esta ideia trazida por Paula (2024) corrobora com o que Costa (2022) aponta como a função social destas instituições.

Nesse sentido que os hospícios e manicômios tomam forma na história, como instituições voltadas para esse tipo de tratamento asilar e segregatório, municiadas pelo arsenal psiquiatrizante. O intuito, na essência, sempre foi o controle, ajustamento e repressão dos trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas. (Costa, 2022, p. 70)

Henschel de Lima *et al.* (2012) afirma que o pensamento hegemônico no país era que se o indivíduo apresentasse comportamentos que resultassem na perturbação da ordem social por meio de atos involuntários, a estratégia de tratamento era sustentada na imposição de certas normas por meio de um processo disciplinar de isolamento, de afastamento, de separação daqueles indivíduos.

O Hospital Colônia de Barbacena foi criado em 1903¹³, pelo governo do estado de Minas Gerais, sendo oficialmente nomeado como Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena. Foi um hospital psiquiátrico localizado na cidade de Barbacena no estado de Minas Gerais na região sudeste do país e instituído com o objetivo de prestar serviços de assistência para pessoas que apresentavam qualquer tipo de psicopatologia. Reconhecido como um dos mais emblemáticos símbolos da barbárie institucional no Brasil, o hospital — ou, mais precisamente, a colônia, como era então denominada, recebia diariamente centenas de pacientes com algum diagnóstico mental, homossexuais, prostitutas, esposas, mães solteiras, meninas “problemáticas”, mendigos, alcoólatras, pessoas que não estavam nos padrões da sociedade da época (Arbex, 2013).

Conforme Arbex (2013, p. 23), “a teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar”. Comumente designado como um espaço de depósito de gente indesejada, o hospital funcionava como mecanismo de segregação de indivíduos que se encontravam à margem da ordem social vigente — seja por não se enquadrarem nos critérios de produtividade exigidos pela lógica capitalista da época, seja por representarem, em sua conduta ou existência, uma afronta aos padrões morais e de respeitabilidade então hegemônicos. Apesar das diversas denúncias ao longo dos anos, mais de 60 mil mortes foram contabilizadas dentro do hospital. Foram produzidos pelo menos dois documentários acerca do Hospital Colônia: *Em nome da razão* de Helvécio Ratton no ano de 1979¹⁴ e o mais famoso *Holocausto brasileiro*¹⁵ de Daniela Arbex do ano de 2016.

As condições de permanência nos antigos manicômios eram marcadamente degradantes, caracterizadas por superlotação, escassez de recursos materiais e humanos, bem como pela ausência de práticas terapêuticas eficazes. Tais instituições, longe de cumprir uma

¹³ Dado extraído do site oficial do Hospital <https://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento/complexo-hospitalar-de-barbacena/centro-hospitalar-psiquiatrico-de-barbacena>. Acesso em 02 abr. 2025.

¹⁴ Ratton, Helvécio - *Em nome da razão*. Barbacena, Brasil. outubro 1979.

¹⁵ Arbex, Daniela. *Holocausto brasileiro*. Direção: Daniela Arbex e Armando Mendz. São Paulo, SP: HBO Brasil, 2016.

função reabilitadora, frequentemente reproduziam dinâmicas de exclusão e violência, resultando em inúmeros relatos de negligência e abusos sistemáticos sofridos pelos internos. A internação era comum e muitas vezes realizada de forma compulsória, sem o consentimento dos pacientes ou de suas famílias, gerando um estigma social e uma visão negativa sobre as pessoas com transtornos mentais. A abordagem era predominantemente médica, desconsiderando os múltiplos determinantes sociais da saúde mental. O modelo manicomial mostrava-se insensível às dinâmicas contextuais — como desigualdades socioeconômicas, aspectos culturais e condições de vida precárias, tendo como “função fundamental a produção de uma sociedade de corpos tristes, fazendo prevalecer uma corporeidade europeia de corpos docilizados e mecanizados” (Paula, 2024, p. 28).

Conforme o Decreto nº 1.132 de 1903 “Reorganização da Assistência a Alienados” em seu primeiro artigo traz o recolhimento compulsório dos indivíduos: “Art. 1º O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados”.

Consideremos, agora, o trecho de uma entrevista concedida pelo Chefe de Polícia Aurelino de Araújo Leal, em 1916, à um repórter do Jornal do Commercio:

Pergunta do repórter: Os sem trabalho, aglomerados no Rio, não constituem uma ameaça à ordem pública e que providência tem tomado a polícia para afastar essa gente desocupada da Metrópole? Resposta: Com certeza que constituem, e a polícia tem ordem do Exmo. Sr. Presidente da República para dar passagem aos indigentes e faltos de trabalho.

Nela fica evidente a preocupação com o aumento da vadiagem e da mendicância entre menores de 18 anos, ébrios, brasileiros e estrangeiros – condutas consideradas como perturbadoras da ordem pública e que resultam em doença e crime. Quanto a isso, o estudo de Neder (2012) ordena a estatística de entradas na Casa de Correção, no ano de 1907 mostrando que, desde o início do século XX, a vadiagem e a embriaguez eram criminalizadas: dos 4.058 presos no Rio de Janeiro em 1907, 3.183 foram condenados por vadiagem e 365 foram condenados por vadiagem e embriaguez; o restante se distribuía entre os crimes de jogo, uso de armas mendicância e capoeiragem. Tais referências confirmam a formação de uma racionalidade punitiva (Henschel *et al.*, 2015) na consolidação da modernidade brasileira.

Importante destacar que a lógica manicomial passa por uma lógica higienista, opressora e racista. De acordo com o estudo de Paula (2024, p. 24): “branqueamento e manicomialização se tornam dimensões de um mesmo processo de regulação da vida nas cidades no início do século XX no Brasil”. Dessa forma, quando o desenvolvimento de uma pesquisa se debruça sobre a problematização da arquitetura manicomial, identificando, nesta arquitetura, a formação

e consolidação de uma lógica que se articula às relações de raça, gênero e classe, e que se perpetua em diferentes saberes, práticas, dispositivos, ele contribui para reforçar o ultrapassamento dos muros que delimitam a formação social brasileira em torno da racionalidade punitiva e, conseqüentemente, da própria naturalização da violência institucional sobre a população preta e parda. Neste sentido, problematizar o modelo hospitalocêntrico e suas expressões abordando as relações de raça, gênero e classe, desnaturalizando a violência institucional sobre os corpos negros, já implica em avançar na superação dos muros que conformam a sociedade brasileira.

2.2. A Reforma Psiquiátrica como ruptura paradigmática¹⁶

Diversas foram as denúncias ao longo dos anos a respeito das graves violações aos direitos humanos e das condições subumanas que existiam nestas instituições, como enumera Henschel de Lima *et al.* (2012):

1. A análise de Teixeira Brandão no meio do século XIX, abordando a ocorrência de superlotação e maus tratos;
2. A ocorrência da superlotação, da deficiência de pessoal qualificado, dos maus tratos, das condições de hotelaria tão más ou piores do que nos piores presídios, relatado por Heitor Rezende já no final dos anos de 1950.
3. Em 1979, durante o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, as denúncias sobre as condições humilhantes em que eram mantidos os pacientes do Hospital Colônia de Barbacena que publicizaram e chocaram a opinião pública.

O estudo recente de Vieira e Bueno (2025) mostrou, por meio do Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon (1984), o fluxo de problemas que impulsionou a Política Nacional de Saúde Mental à agenda decisória governamental que levou, no início dos anos 2000, à promulgação da Lei 10.216/01. Os autores isolaram cinco indicadores que compõem o fluxo de problemas da assistência em saúde mental no Brasil, entre 1978 e 2003:

1. Mercantilização da loucura;
2. Centralidade da hospitalização;
3. Precarização do Sistema;
4. Fraudes no sistema;
5. Violência contra doentes.

Tais indicadores - bem como a irrupção de uma série de movimentos sociais (como o

¹⁶ A análise da reforma psiquiátrica a partir do Modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon foi publicada em 01 de agosto de 2025 na Revista Contemporânea.

Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental) e a realização de Conferências Nacionais de Saúde Mental – evidenciaram o fluxo de problemas e construíram o horizonte de solução no processo de Reforma Psiquiátrica: a formulação de uma nova Política Nacional de Saúde Mental a partir de 2001 que tem, no modelo da atenção psicossocial, sua centralidade.

O fluxo de problemas identificados pelos atores da Reforma Psiquiátrica foi amplamente identificado e analisado nos documentos das Conferências Nacionais de Saúde Mental. São elas:

- I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987);
- II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992);
- III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001).

O estudo conduzido por Ramminger e Nader (2007) apresenta a estrutura e os eixos de cada Conferência, que apresentamos, de forma adaptada, no quadro 5.

Quadro 5. Eixos principais das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

CONFERÊNCIAS	CONTEXTO	EIXOS PRINCIPAIS
I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987)	VIII Conferência Nacional de Saúde; Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental; Criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial	1. Economia, sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; 2. Reforma sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental; 3. Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação sobre usuários em sofrimento psíquico.
II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992)	Constituição Federal de 1988; Implantação do SUS (Lei 8080/90)	1. Rede de atenção em Saúde Mental: financiamento, gerenciamento, vigilância; 2. Trabalhadores de saúde, organização do trabalho e pesquisa; 3. Direitos e legislação: revisão legal necessária, direitos civis e cidadania, direitos trabalhistas, drogas e legislação, direitos dos usuários.
III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001)	Aprovação da Lei 10.216/01	1. Reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental; 2. Recursos humanos; 3. Financiamento; 4. Acessibilidade; 5. Direitos e cidadania; 6. Controle social.

Fonte: Adaptado de Ramminger e Nader, 2007.

No fluxo de problemas, essa arquitetura foi expressa pelo testemunho do Dr. Laerte Andrade de Vaz Melo – médico angiologista e presidente do CREMERJ sobre a Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi¹⁷, na época de sua reabertura com o período de redemocratização do

¹⁷ “A Casa de Saúde Dr. Eiras foi o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina, conhecida por abrigar milhares de pacientes em condições precárias e por representar o modelo manicomial brasileiro. Localizada em Paracambi (RJ), funcionou de 1963 até seu fechamento definitivo em 2012.

país:

Eu vi o inferno! Eu vi o inferno! Eu vi uma cidade viver às custas do Paracambi. Viver às custas de um hospital psiquiátrico. Eu vi a cidade, prefeitos, secretários [...] os corpos sendo dilacerados e você sem saber. (Mendonça, 2022).

Na declaração do Dr. Laerte, é possível reconhecer os cinco indicadores, identificados por Vieira e Bueno (2025) na fundamentação da arquitetura manicomial hegemônica no país até o início dos anos 2000:

1. Mercantilização da loucura;
2. Centralidade da hospitalização;
3. Precarização do Sistema;
4. Fraudes no sistema;
5. Violência contra doentes.

No entanto, a análise documental das Conferências Nacionais de Saúde Mental, publicizadas pelo Governo Federal, possibilitou a identificação de mais dois indicadores, compondo um total de 7 indicadores:

6. deterioração das condições materiais de vida;
7. instabilidade institucional e regime autoritário.

É esse indicador 7, que localizamos no contexto sociopolítico analisado nesta pesquisa. Com relação ao indicador 6, o Relatório da I Conferência de Saúde Mental (1987) apresentou dados importantes sobre a incidência de morbidades psicológicas na população brasileira, reforçando a correlação entre a deterioração das condições de vida da população, a defasagem entre os gastos dispendidos pelo governo federal da época, e o desencadeamento de formas de sofrimento psíquico. Em relação às demais clínicas, as formas de sofrimento psíquico figuraram entre as principais determinantes de internações:

O setor de saúde mental espelha as contradições desta organização social brasileira, onde o Estado capitalista procura estabelecer políticas sociais que o legitime, embora sem responder às necessidades sentidas na área social (I Conferência Nacional de Saúde Mental, 1987, p.12).

A relação entre deterioração das condições de vida da população e agravamento/desencadeamento de formas de sofrimento psíquico é analisada, na I Conferência de Saúde Mental (1987), à luz do modelo econômico adotado pelo Brasil no marco do golpe de 1964. Este determinara uma organização social profundamente desigual com elevada concentração de renda e da propriedade – ressaltado por nós por meio dos indicadores 6 e 7.

Esse modelo impôs o êxodo de enormes contingentes populacionais rurais para a

periferia dos centros urbanos, acarretando exército de reserva, barateamento da mão-de-obra, subemprego, desemprego e baixa remuneração. Essa situação determinou, ainda, a precariedade das condições materiais de vida da maioria da população brasileira. Um exemplo paradigmático dessa precariedade é a elevada jornada de trabalho, sendo considerada uma das maiores dentre as nações industrializadas do mundo capitalista. Tal quadro gerou um grave perfil de morbidade no país, com elevado índice de mortalidade e acidentes no trabalho e de doenças que acarretaram afastamento temporário do trabalho dos beneficiários do INPS— dentre elas, os transtornos neuróticos, que ocupavam o segundo lugar entre as doenças que acarretaram, em 1983, o afastamento temporário do trabalho dos beneficiários do INPS (Brasil, 1987).

A rede de atenção à saúde mental se caracterizava pelo modelo hospitalocêntrico. Um aspecto desta situação, se refere a equação entre a proporção de internação por transtornos mentais e a taxa de ocupação dos leitos psiquiátricos sobre o total de leitos gerais instalados. Assim, se por um lado, a proporção de internação por transtornos mentais aparenta ser pequena (por exemplo, 3.5% das internações na clientela urbana do INAMPS, para o ano de 1983); por outro lado, a taxa de ocupação dos leitos psiquiátricos sobre o total de leitos gerais instalados é de 19%, indicando uma média de permanência elevada (54.3 dias) para os transtornos mentais - além da concentração do número de leitos na região Sudeste, explicando a ocupação permanente dos leitos disponíveis, o déficit de leitos para as regiões mais pobres e a existência da modalidade *leito-chão* (Ministério da Saúde, 1987). O que indica que o referido modelo tinha como eixos basilares a hegemonia do setor privado e a marginalização da saúde mental em relação à saúde geral. A tabela 1 permite que observemos a ocorrência de um aumento exponencial dos hospitais psiquiátricos privados.

Tabela 1. Evolução do Número de Hospitais Psiquiátricos no Brasil, segundo o Prestador (1941-1997).

Anos	Hospitais Públicos	Hospitais Privados/Filantropicos	Total
1941	23	39	62
1961	54	81	135
1971	72	269	341
1981	73	357	430
1991	54	259	313
1997	45	211	256

Fonte: Adaptado de Louzada Duarte e Teixeira Garcia, 2013.

A tabela 1 permite visualizar o salto na formação dos hospitais psiquiátricos privados/filantropicos entre os anos de 1961 e 1971: de 81 para 269 hospitais - ou seja, os hospitais privados eram responsáveis por 70.6% dos leitos - confirmando a consolidação, no Brasil, do modelo manicomial com internação psiquiátrica privada, em acordo com a política de financiamento e credenciamento aplicada pelo antigo INPS. Nesses espaços, era marcante a

ausência de recursos técnicos e materiais de modo que a denominação de “hospital” se dava em função somente de seu estatuto jurídico-institucional. Além disso, analisando-se tais dados, observa-se que, apesar do crescimento de leitos privados no período de 20 anos, eles significavam apenas um quarto do total dos leitos psiquiátricos do país.

O INPS e sua política de compra de serviços da rede privada foi, posteriormente, avaliado pelo Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), como um dos piores retrocessos no campo da saúde. Tal sistema ocasionava uma gama de problemas, dentre os quais se destacam: o pagamento de serviços que não eram produzidos (medicamentos não utilizados, pacientes fantasmas); o pagamento de serviços que apesar de produzidos não se faziam necessários (internações que poderiam ser tratados em ambulatorios); a privatização da saúde mental.

O estudo de Cerqueira (1984) revela a escalada do número de leitos e internações no período de 1965-1968: neste período houve um aumento de 20% no total da população hospitalizada (60% na rede particular), 51% de primeiras admissões (84% na rede particular), 48% no total de readmissões (98% na rede particular), e o crescimento de 45% de *leitos-chão* (1040% na rede particular).

Na década de 1970, no contexto de resistência ao Estado autoritário, se consolida a crítica à violência da arquitetura manicomial e a privatização da assistência em saúde mental, bem como o movimento de denúncia de que essa violência fora fortemente acentuada no marco do golpe militar de 1964. Surgiram, também, uma série de denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços.

As denúncias do ano de 1979, foram realizadas por médicos e trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica vinculados ao Centro Psiquiátrico Pedro II e que deram origem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este movimento compôs no fluxo político, o campo das forças organizadas de denúncia contra a violação de direitos humanos e da cidadania frequentes no regime autoritário. E fundamentou, posteriormente, a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo de Reforma Psiquiátrica, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental.

A luta pela Reforma Psiquiátrica teve o MTSM como protagonista, após denúncias feitas por médicos do Centro Psiquiátrico Pedro II sobre as condições dos hospitais psiquiátricos. Sua origem remonta à Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) - quando os profissionais do Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano

Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho organizaram uma greve que teve início no Rio de Janeiro e que, em pouco tempo, se difundiu por todo o país. Em resposta a greve, a DINSAM demitiu 260 funcionários destas unidades. A atuação do MTSM se dava sob sua própria legenda, ou dentro de outras representações como: o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), Sindicatos e Partidos Políticos, Associações (Amarante, 1996). A crise da DINSAM e a greve dos trabalhadores de saúde mental compõe o conjunto dos fluxos de problemas que concorreram para a reforma psiquiátrica.

Com seu fortalecimento, o MTSM se espalhou e se organizou em núcleos estaduais em São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Estes núcleos participaram ativamente no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que ocorreu na cidade de Camboriú em outubro de 1978, ficando conhecido como Congresso de Abertura. O Congresso contou com a participação de diversos setores, formando uma frente ampla a favor da mudança nos fundamentos e na organização da assistência psiquiátrica brasileira (Amarante, 1996). Os atores deste movimento foram os primeiros a atuar na luta pela renovação da área da saúde mental, não só no âmbito administrativo como também na desinstitucionalização da psiquiatria, criando uma articulação junto ao governo para o setor.

A partir daí, o movimento ganhou destaque, possibilitando que o debate sobre a loucura saísse, então, do interior dos muros do hospício para o domínio público, deixando de ser objeto de interesse apenas técnico e alcançando as principais entidades da sociedade civil e a grande imprensa, se tornando a partir de então uma questão de política (Amarante, 2018) – o que o coloca no centro do fluxo político que levou à Reforma Psiquiátrica e a formulação de uma nova política de saúde mental.

De fato, no I Simpósio de Saúde da Câmara dos deputados, foram feitas denúncias através dos relatórios elaborados pelo MTSM e pela CEBES, que demonstraram a situação caótica da assistência psiquiátrica do país, contribuindo para o debate sobre o modo precário de funcionamento dos hospitais psiquiátricos. Esse debate foi relevante no complexo político-social da época, pois permitiu uma articulação entre um posicionamento crítico frente à conjuntura política, econômica e social de época, e um posicionamento ético de ruptura com os pressupostos teóricos do paradigma manicomial.

Os princípios, diretrizes e estratégias do MTSM tornaram-se tão disseminados no aparelho de Estado que, em 1985 teve lugar o primeiro Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, em Vitória do Espírito Santo. Neste momento, algumas das principais Coordenações de Saúde Mental, tanto estaduais quanto municipais, e mesmo algumas instituições universitárias eram ocupadas por dirigentes oriundos do MTSM. A Carta de Vitória, como ficou conhecido o documento final deste encontro viria influenciar decisivamente os relatórios da I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro e da I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Uma de suas contribuições mais fundamentais está em retomar a premissa da superação do hospital psiquiátrico (aí denominada de reversão do modelo hospitalocêntrico), dominada pela tendência estratégica da superação mediante a construção de uma rede alternativa ou paralela ao hospital psiquiátrico. (Amarante, 1997, p. 169)

Na década de 1980, por meio das Cartas de Bauru¹⁸, os sujeitos envolvidos nos movimentos sociais em defesa da Reforma Psiquiátrica denunciavam que o racismo estruturava práticas e lógicas manicomiais, evidenciando sua presença como um dos pilares de exclusão e controle institucionalizados no campo da saúde mental, perpetuando a lógica de marginalização dos corpos pretos (David, Vincentin, 2020). A psiquiatria, desde o início, era utilizada como ferramenta política de institucionalização e controle político de corpos indesejados.

Para Amarante (1997), a RP da qual se está falando não diz respeito, exclusivamente, à medidas de caráter tecno-científico ou organizacional, mas sim de um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural e conceitual, tendo como objetivo fundamental a desconstrução do modelo manicomial, hospitalocêntrico, em nome da superação no sentido de estabelecer com a loucura uma coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados. A RP entendida como um fenômeno social multifacetado que envolve aspectos jurídico-políticos, epistemológicos e socioculturais, interligando diferentes formas de conhecimento, normatividade e dinâmicas culturais em um processo contínuo de construção e disputa (Amarante, 1997).

2.3. Fluxo político à Janela de Oportunidade: Projeto de Lei Paulo Delgado e consolidação da Reforma Psiquiátrica.

2.4. Do Surgimento à Consolidação: As CTs como Manicômios do Século XXI

2.5. Síntese e mapeamento dos fluxos segundo o Modelo de Kingdon do processo de RP.

Apresento a seguir um mapeamento analítico dos três fluxos do Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon — Problemas, Políticas e Política — aplicado ao processo de Reforma Psiquiátrica.

Quadro 7. Mapeamento analítico dos fluxos na RP

FLUXOS	
---------------	--

¹⁸ A "Carta de Bauru" é um documento crucial na história da Luta Antimanicomial no Brasil, elaborado em 1987 durante o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. O documento é um ponto de referência para a defesa da Reforma Psiquiátrica, que visa a desinstitucionalização dos cuidados em saúde mental e a criação de alternativas de cuidado baseadas na liberdade e na dignidade humana.

Problemas (<i>problems stream</i>):	Indicadores e evidências: • Superlotação e condições precárias dos hospitais psiquiátricos, denunciadas desde a década de 1970; • Altas taxas de cronificação e exclusão social de pessoas em sofrimento psíquico; • Relatórios do Ministério da Saúde e de organismos internacionais (como a OMS) apontando violações de direitos humanos. Eventos críticos: • Escândalos em instituições manicomiais que ganharam repercussão pública e midiática; • Mobilização social e denúncias de movimentos de familiares e usuários, expondo os limites do modelo hospitalocêntrico.
Construção do problema: a internação asilar passa a ser percebida como prática ineficaz e violadora de direitos, legitimando a busca por alternativas comunitárias.	
Soluções (<i>policy stream</i>)	Propostas emergentes: • Ideias advindas da Psiquiatria Democrática Italiana (Basaglia) e sua tradução para o contexto brasileiro; • Criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como principal estratégia substitutiva; • Ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), incluindo residências terapêuticas, centros de convivência e serviços de atenção básica em saúde mental. Atores e especialistas: • Pesquisadores, profissionais de saúde mental, universidades e técnicos do Ministério da Saúde formulam e testam novos dispositivos de cuidado. Viabilidade: • As propostas ganham legitimidade científica, apoio de organismos internacionais e respaldo jurídico com a Lei nº 10.216/2001, que institucionaliza a Reforma Psiquiátrica.
Político (<i>political stream</i>)	Ambiente político: • Décadas de 1980–1990: contexto de redemocratização, Constituição de 1988 e fortalecimento da saúde como direito universal; • Atuação do Movimento da Luta Antimanicomial, que pressiona o Estado e organiza a opinião pública em torno da reforma; • Construção de coalizões entre usuários, familiares, trabalhadores e parlamentares. Mudanças institucionais: • Aprovação da Lei 10.216/2001 como marco legal da reforma; • Inserção do tema da saúde mental nas Conferências Nacionais de Saúde e na agenda do SUS.
Janela de Oportunidade	A Reforma Psiquiátrica brasileira tornou-se viável quando os três fluxos convergiram: • Problema: crise do modelo manicomial evidenciada por denúncias e indicadores de exclusão social; • Soluções: disponibilidade de alternativas técnicas e modelos substitutivos validados internacionalmente; • Política: contexto democrático e atuação do movimento social, que pressionaram o Estado e viabilizaram mudanças legislativas.

Fonte: Elaborado pela autora

O quadro 07 aponta como foi a abertura da janela de oportunidade que permitiu a aprovação da Lei nº 10.216/2001 e a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No entanto, as disputas posteriores mostram que as janelas de oportunidade não são definitivas,

sendo constantemente tensionadas por mudanças no fluxo político e pelo avanço de propostas contrárias ao espírito da reforma.

2.5.1. Linha do Tempo Analítica – Reforma Psiquiátrica e Modelo de Múltiplos Fluxos

Quadro 8. Linha do Tempo Analítica – RP e Modelo de Múltiplos Fluxos

Período	Fluxo de Problemas	Fluxo de Soluções	Fluxo Político
Décadas de 1960–1970	Denúncias das condições degradantes em hospitais psiquiátricos; cronificação e exclusão social de pacientes.	Primeiras experiências comunitárias inspiradas na Psiquiatria Democrática Italiana (Basaglia).	Início da mobilização de profissionais e familiares em torno da crítica ao modelo asilar.
Década de 1980	Escândalos em instituições psiquiátricas expostos na mídia; emergência de violações de direitos humanos.	Surgimento dos primeiros CAPS (experiências em São Paulo e Minas Gerais); incorporação do discurso da desinstitucionalização	Redemocratização; Constituição de 1988 reconhece a saúde como direito universal e dever do Estado.
Década de 1990	Evidências científicas sobre ineficácia do modelo manicomial.	Expansão da rede substitutiva; debate sobre financiamento público para CAPS e residências terapêuticas.	Fortalecimento do Movimento da Luta Antimanicomial; articulação com parlamentares (Projeto de Lei Paulo Delgado).
2001 – Aprovação da Lei nº 10.216	Crise consolidada do modelo manicomial	CAPS e dispositivos comunitários já testados e legitimados	Janela de oportunidade aberta pela coalizão entre movimentos sociais, gestores e Congresso.
2000–2010	Desafios de financiamento e de cobertura da rede substitutiva	Consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e serviços comunitários.	Inserção da saúde mental nas Conferências Nacionais de Saúde; fortalecimento do SUS.

Fonte: Elaborado pela autora

O quadro 08 aponta a trajetória das políticas de saúde mental no Brasil revelando movimentos pendulares entre avanços e retrocessos. Entre 1980 e 2001, configurou-se uma janela de oportunidade favorável à institucionalização da Reforma Psiquiátrica, impulsionada por uma articulação entre atores sociais, técnicos e políticos que promoveram a substituição do modelo hospitalocêntrico por práticas de cuidado comunitário e em liberdade.

CAPÍTULO 3.

Entre a Regulação e o Estigma: A Construção da Política Brasileira sobre Álcool e Outras Drogas

O que me levou ao hospício foi um cigarro de maconha. Um cigarro. Não um vício, não uma dependência. Um cigarro. É isso bastou para me arrancarem da vida e me jogarem num mundo onde a loucura era fabricada. (Bueno, 1990, p.11)

Considerações Iniciais

O Capítulo 3 dedica-se à análise histórica da política brasileira sobre álcool e outras drogas, com um recorte temporal que se estende do Código Penal de 1890 até o ano de 2016, período imediatamente anterior ao golpe institucional. A partir desse percurso, o capítulo investiga como tais políticas foram mobilizadas como instrumentos estatais de controle social, contribuindo para a institucionalização de corpos considerados indesejáveis e para a perpetuação de dinâmicas de segregação sociorracial. A abordagem evidencia como o aparato jurídico e penal operou (e opera) seletivamente sobre populações vulnerabilizadas, associando o uso de substâncias à criminalidade e à periculosidade. Nesse contexto, a política de drogas é compreendida não apenas como um campo normativo, mas como um dispositivo de política que reforça desigualdades históricas e racializadas sob o manto da ordem pública e da saúde coletiva.

Este capítulo está dividido em cinco seções listados cronologicamente visando a fluidez do texto. Cada seção é encerrado com um quadro-resumo que destaca os principais pontos abordados, contribuindo para uma melhor compreensão do conteúdo.

A primeira seção *Da farmácia à polícia: os primórdios da política proibicionista - do século XIX até os anos 30* examina os marcos iniciais da construção da política brasileira sobre álcool e outras drogas, com ênfase no período que se estende do final do século XIX até a década de 1930. Trata-se de um momento fundacional, no qual se articulam discursos médicos, jurídicos e morais que irão conformar as bases do proibicionismo e da medicalização do uso de substâncias psicoativas no país.

A segunda seção *O Estado arma seu discurso – dos anos 30 até a War on Drugs* evidencia o período compreendido entre os anos 1930 e 1970, momento em que a política de drogas no Brasil passa por um processo de consolidação normativa e alinhamento progressivo com os paradigmas internacionais do proibicionismo, culminando na adesão à lógica da chamada *War on Drugs* estadunidense.

A terceira seção *Política de drogas sob novas arquiteturas estatais: de 1980 a 2000* explora as transformações institucionais que moldaram a política de drogas no Brasil entre as

décadas de 1980 e 2000, período pela crescente inserção do país em redes internacionais de governança antidrogas.

A quarta seção *A virada do cuidado - anos 2000 e a Reforma Psiquiátrica* estuda o início dos anos 2000, um marco na consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo como referência central a Lei nº 10.216/2001, que instituiu o cuidado em liberdade como princípio norteador e impulsionou a expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Paralelamente, o período é marcado pela transição gradual de uma política “antidrogas” baseada na repressão penal para a formulação de uma política sobre drogas orientada por princípios de saúde pública, prevenção e redução de danos, ainda que permeada por contradições institucionais e disputas ideológicas.

Para fins didáticos, o recorte temporal adotado na última seção — *Reconfigurações do cuidado – dos anos 2010 a 2016* — justifica-se pelo início da transferência sistemática de recursos federais para as Comunidades Terapêuticas, marco que inaugura uma nova fase na política pública de atenção ao uso de álcool e outras drogas no Brasil. Nesse cenário, esta seção aponta como o Estado fomenta o uso de dispositivos que reatualizando a lógica manicomial sob novas roupagens institucionais.

É imprescindível considerar que estudar as políticas sobre drogas compreendendo o seu papel desempenhado exige entendê-las como manifestações estruturadoras de nossa dinâmica social, como um catalizador de “*moinhos de gastar gente* de um país que se caracterizou historicamente pelo moer de seu povo; no caso, das maiorias exploradas e oprimidas” (Costa, 2022 p. 66).

O âmbito do cuidado às pessoas com alguma necessidade associada ao consumo de drogas é impactado pela esfera da segurança pública e repressão estritas, tal como não podem ser dissociadas daquelas que versam sobre o trabalho no processo de produção e comercialização dessas substâncias. Todas essas dimensões se inserem no marco proibicionista, que se concretiza na contemporaneidade na e pela “Guerra às Drogas”, não apenas sendo afetadas por ela, mas sendo constituídas pela e expressando-a em suas contradições, seja por uma mera corroboração ou, por outro lado, por tentativas de oposição. (Costa, 2022, p. 66)

3.1. Da farmácia à polícia: os primórdios da política proibicionista - do século XIX até os anos 30

O processo de construção de uma política de álcool e drogas, no Brasil, remonta ao século XIX e tem estreita relação com o Código Penal. A exposição à venda ou administração de substâncias venenosas, sem legítima autorização e sem as formalidades prescritas nos regulamentos sanitários estavam previstos no Código Penal Republicano de 1890²², em seu

²² Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.html. Acesso em 04 jun. 2025.

artigo 159, como crimes à saúde pública, prevendo a aplicação de prisão celular ou de multa. Devido a esta normatização, apenas os boticários²³ eram autorizados a vendê-las - a médicos e cirurgiões -, porém o Código Penal de 1890 não abordava a questão do uso próprio das substâncias, não caracterizando como delito (Henschel *et al.*, 2015).

O Código Penal de 1890, em termos jurídico-penais, representou, sobretudo, uma ruptura com as práticas penais que vigoravam no sistema escravista ao instituir a generalidade e a imparcialidade dos critérios penais. Dessa forma, o novo código aboliu as penas que atingiam especificamente os (as) escravizados (as), instaurando, ao menos formalmente, a universalidade da lei penal. No entanto, como instrumento de controle do crime e de repressão social, influenciado pela criminologia positivista, fomentava concepções restritivas ao exercício dos direitos de cidadania, em especial, da população negra. A capoeira, considerada crime no Código Penal, era tida como uma prática que representava ameaça à segurança física dos cidadãos, bem como uma atividade que remetia à subversão e rebeldia. O aumento da repressão sobre a capoeira e a deportação de seus praticantes constituiu uma das primeiras medidas tomadas pelo novo regime republicano. (Catoia, 2018, p. 273).

Conforme Killduff (2020, p.791, 792), o Código Penal de 1890 se apresentava como “a arquitetura jurídica que esteve ao serviço de um objetivo fundamental: o de excluir o povo negro (e também indígena) da formação da identidade nacional e do projeto de República. (...)as unidades de reclusão em cárceres ou asilos não passavam de simples depósitos de indivíduos (...) negros e mulatos.”

A partir de 1921, o Decreto 4.294/21²⁴ revogou o artigo 159 do Código Penal e trouxe normas penais mais repressivas e a pena de prisão ao comércio de drogas, normatizando de forma mais descritiva e direta o que seria considerado substâncias venenosas (cocaína, ópio e seus derivados), definindo a diferença entre venda e consumo, caracterizando como contravenção, a venda das substâncias venenosas e criando um estabelecimento específico para internação e regime de trabalho dos intoxicados (Henschel de Lima *et al.*, 2015).

Esse decreto trazia a penalização com prisão todo aquele que vendesse, expusesse à venda ou ministrasse tais substâncias sem autorização e sem as formalidades prescritas. De acordo com Machado e Miranda (2007, p. 804) “a embriaguez que acarretasse atos nocivos a si próprio, a outrem ou à ordem pública” passou a ser punida com a internação compulsória em “estabelecimento correccional adequado”. Poucos meses após a publicação do decreto 4294/21, foi instituído o decreto 14.969²⁵ de setembro de 1921 que trouxe a figura do “sanatório para toxicômanos”.

O aparato jurídico-institucional criado ao longo do século XX destinava-se, sobretudo, ao controle do consumo de drogas ilícitas. Esse aparato, constituído por

²³ Boticários eram como os “farmacêuticos” eram chamados à época.

²⁴ Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacaooriginal-92525-pl.html>. Acesso em 30 de nov. 2023.

²⁵ Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D14969.html. Acesso em 30 de nov. 2023.

uma série de leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e o comércio de drogas no país, previa penas que determinavam a exclusão dos usuários do convívio social, propondo sua permanência em prisões, sanatórios (Machado e Miranda, 2007, p. 803).

O quadro 9 reúne os principais dispositivos institucionais que marcaram a consolidação das políticas públicas brasileiras entre o século XIX e os anos 1930, evidenciando o processo na construção da política de álcool e outras drogas.

Quadro 9. Dispositivos institucionais do século XIX até os anos 1930

LEGISLAÇÃO	TEXTO
Código Penal de 1890 de 11 de outubro de 1890	Art. 159. Expôr à venda, ou ministrar, substâncias venenosas, sem legítima autorização e sem as formalidades prescriptas nos regulamentos sanitários: Pena - de multa de 200\$ a 500\$000.
Decreto 4.294/1921 de 6 de julho de 1921	Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morphina e seus derivados; crêa um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os credits necessarios
Decreto 14.969/1921 de de 3 de setembro de 1921.	Approva o regulamento para a entrada no paiz das substancias toxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatorio para toxicomanos.

Fonte: Elaborado pela autora

3.2. O Estado arma seu discurso – dos anos 30 até a *War on Drugs*

Em 1932, o Decreto nº 20.930²⁶ instituído no governo de Getúlio Vargas dispôs sobre a lista das substâncias “entorpecentes” (ópio, cocaína e maconha). As seguintes ações foram tipificadas: vender, ministrar, dar, trocar, ceder, ou de qualquer modo, proporcionar substâncias entorpecentes; propor-se a qualquer desses atos sem as formalidades prescritas no presente decreto; induzir, ou instigar, por atos ou por palavras, o uso de quaisquer dessas substâncias (Henschel *et al.*, 2015).

Conforme Zaffaroni (2009), essa técnica legislativa de tipificação, o fenômeno da *multiplicação dos verbos*, característico do estado policial, cuja ênfase está situada no controle e na repressão, foi essencial para todo o processo de formulação das leis de drogas da América Latina. Já em 1938, conforme Brasil (2025), foi instituído o Decreto de 891/1938²⁷, que aprovou Lei de Fiscalização de Entorpecentes, que trazia a necessidade de “licença da autoridade sanitária, com o visto da autoridade policial competente”.

²⁶ Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20930-11-janeiro-1932-498374-publicacaooriginal-81616-pe.html> Acesso em 30 de mar. 2025.

²⁷ Disponível em <https://legis.senado.leg.br/norma/524406/publicacao/34620487> Acesso em 30 de mar. 2025.

A disposição sobre o controle das drogas teve início em 1961, quando a ONU, por meio da Convenção Única sobre Estupefacientes²⁸, regulamentou a matéria. Ela se estabeleceu como um sistema universal para regulação do cultivo, produção, distribuição, comércio, uso e posse de substâncias, em especial nas substâncias sintetizadas a partir de plantas (papoula/ópio, heroína, coca/cocaína e cannabis sativa/maconha). Havia um planejamento de eliminação das substâncias, tendo prazo de 15 anos para o ópio e de 25 anos para cocaína e maconha (Henschel *et al.*, 2015).

Conforme Sica (2005), a partir desta Convenção, a ONU criou mais duas Convenções que estão em vigor e são complementares:

1. Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971)²⁹: realizada em resposta à evidência de uma diversificação no uso de substâncias, ampliando a regulação para o uso de mais de cem substâncias (por exemplo, ecstasy, anfetaminas, LSD).
2. Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas (1988)³⁰: permitiu a elaboração de medidas contra o tráfico de drogas, lavagem de dinheiro e o desvio de precursores químicos.

War on Drugs em livre tradução significa Guerra às Drogas. Este foi um programa do governo estadunidense de Richard Nixon, em 1971, concebido como um instrumento de controle e criminalização de determinados indivíduos e grupos, tornando-se um mecanismo de gestão da 'questão social' — incluindo pobreza, miséria e desemprego — fortemente vinculado ao crescimento do caráter penal do Estado (Costa, 2022). De acordo com Henschel *et al.* (2015), a consolidação do Programa *War on Drugs*, programa que atravessou grande parte do século XX, foi possível por meio da Conferência Internacional do Ópio (Haia) e da Primeira Convenção Internacional do Ópio, que estabeleceram o primeiro tratado internacional para controle da venda de ópio, morfina, heroína e cocaína, entre 1911 e 1912.

No estudo de Henschel *et al.* (2015) é possível perceber a ótica de um Estado policial que introduz a ideia de sociedade de risco, de medo, na qual a sociedade está “a mercê” destes indivíduos perigosos que precisam ser controlados e fiscalizados, ampliando a ideia da racionalidade punitiva. A diversificação e o aumento do consumo de substâncias passaram a ser um problema e uma forma de abordagem realizada pela ONU.

A *War on Drugs* influenciou diretamente a postura do Estado brasileiro na gestão da questão das drogas durante a ditadura militar. Esse período evidenciou a convergência do Brasil

²⁸ Disponível em https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf Acesso em 30 de mar. 2025.

²⁹ Disponível em https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf Acesso em 30 de mar. 2025.

³⁰ Disponível em https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf Acesso em 30 de mar. 2025.

para o modelo de Estado policial pautado exclusivamente na repressão e na penalização, seguindo a abordagem defendida pelos Estados Unidos. Ficou evidente a implementação de políticas fortemente criminalizantes e punitivas tanto para o tráfico quanto para o consumo de substâncias ilícitas (Henschel *et al.*, 2015).

A Lei 6.368/76³¹ dispôs sobre a proibição radical de exploração de todas as plantas das quais possa ser extraída substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, bem como a circulação e consumo de substâncias psicoativas e a repressão aos segmentos sociais associados. Esta lei, extremamente repressiva, perdurou até os anos iniciais dos anos 2000. De acordo com Sica (2005, p. 153) “a multiplicidade e variedade de verbos inscritos no artigo 12 da Lei 6.368/76 revela essa característica (punir o maior número de pessoas): ao analisar tal dispositivo legal a impressão é de que tudo é tráfico”.

Segundo Henschel *et al.* (2015), é perceptível o quanto a repressão de segmentos sociais supôs a formação de categorias morais de exclusão (traficante-delinquente), a fixação de tais segmentos sociais como perigosos (frequentemente associados à pobreza, à raça, à etnia e à vulnerabilidade social) e a aplicação de metáforas típicas do campo de guerra (*war*, guerra, combate, enfrentamento). O tom beligerante não deixa de indicar a posição subjetiva dos atores históricos envolvidos: defender uma política de proibição e intolerância, fortemente repressiva e divorciada dos direitos humanos, que não distingue a posição do usuário e a posição do tráfico de drogas e ainda fixa o usuário em posição de perigoso.

Nesta política, a proibição e a intolerância são as protagonistas para a solução penal do mal-estar na sociedade brasileira, que podem trazer dois aspectos importantes na análise de uma política de proibição que produz zonas de ilegalidade, evidencia Henschel *et al.* (2015):

1. O Estado acaba por entregar o mercado das drogas descritas como ilícitas a agentes econômicos do tráfico de drogas que, atuando na clandestinidade, não estão sujeitos a qualquer ação reguladora de suas atividades, dando margem para o surgimento de disputa de mercados lucrativos por grandes figuras detentoras de poder.
2. É indissociável a relação da ilegalidade e do desenvolvimento de formas descuidadas de consumo, nas quais as consequências aparecem cada vez mais de forma dramática.

Desse modo, o período em questão revela-se decisivo para a consolidação de um modelo de política de drogas ancorado na criminalização e na exclusão social, cujos efeitos estruturais continuam a reverberar nas práticas institucionais contemporâneas. Nesse contexto, o uso de

³¹ Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16368.html. Acesso em 30 de mar. 2025.

substâncias psicoativas é enquadrado como ameaça à ordem social e à segurança nacional, legitimando o recrudescimento das estratégias repressivas, com a ampliação dos poderes coercitivos do aparato policial e a intensificação da militarização das políticas de controle, sobretudo em territórios marcados por vulnerabilidades socioeconômicas e racializadas.

O quadro 10 reúne dispositivos institucionais que marcaram a consolidação das políticas públicas brasileiras entre os anos 1930 até os anos 1980.

Quadro 10. Dispositivos institucionais dos anos 1930 até os anos 1980

LEGISLAÇÃO	TEXTO
Decreto nº 20.930, de 11 de janeiro de 1932	Fiscaliza o emprego e o comércio das substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comité Central Permanente do Opio da Liga das Nações, e estabelece penas
Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938	Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes.
Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.	Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências.

Fonte: Elaborado pela autora

3.3. Política de drogas sob novas arquiteturas estatais: de 1980 a 2000

A partir da Lei 6.368/76, observa-se a elaboração de um aparato organizacional visando a instrumentalização da Política de Drogas. Segundo Brasil (2025), em 1980, o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes foi instituído, por meio de decreto, e normatizou o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN). Pode-se dizer que ambos são gêneses dos atuais órgãos que atuam na Política Nacional sobre Drogas (PNAD).

Em 1986, foi criado o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB) e foram estabelecidas regras sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas (Henschel *et al.*, 2025). Este Fundo originou o atual Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), que teve importantes alterações por meio de medida provisória – especialmente na parte de repasse de valores de bens apreendidos e recursos – no governo de 2019-2022 (Brasil, 2025).

A Secretaria Federal de Entorpecentes foi instituída, em 1993, vinculada ao Ministério da Justiça, como órgão de supervisão técnica das atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao uso indevido de produtos e substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, buscando dar estrutura para a organização do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes (Brasil, 2025). Conforme Henschel *et al.* (2015), cabe destacar sua forte orientação para a articulação entre proibição e punição,

discurso penalista e vocabulário bélico.

Em 1998, o CONFEN foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Ambos os órgãos deixaram de ser vinculados ao Ministério da Justiça e passaram para a Casa Militar da Presidência da República (Brasil, 2025).

De acordo com Brasil (2025), em 2002, foi criada a Política Nacional Antidrogas, por meio do decreto nº. 4.345/2002, que tinha como meta estabelecer objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e a saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas.

Embora ainda profundamente enraizadas em uma lógica proibicionista, as transformações institucionais ocorridas entre as décadas de 1980 e 2000 estabeleceram os alicerces para os embates políticos, jurídicos e sociais que se intensificariam nas décadas subsequentes. Ao mesmo tempo em que consolidaram estruturas voltadas à repressão e ao controle penal, essas mudanças também abriram espaço para a emergência de discursos alternativos, pautados na saúde pública, nos direitos humanos e na crítica ao encarceramento em massa.

O quadro 11 reúne os principais dispositivos institucionais que marcaram a consolidação das políticas públicas brasileiras entre os anos 1980 a 2002.

Quadro 11. Dispositivos institucionais dos anos 1980 a 2002

ANO	ÓRGÃO	OBJETIVO	VINCULAÇÃO	SUCESSOR ATUAL
1980	Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes	Formular a política nacional de entorpecentes, normatizou o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN)	Ministério da Justiça	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD)
1986	Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB)	Dispor sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas	Ministério da Justiça e Segurança Pública,	Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD)
1993	Secretaria Federal de Entorpecentes	Supervisionar as atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao uso entorpecentes; Estruturar a organização do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes.	Ministério da Justiça	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD)
1998	Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) (antigo CONFEN)	Criar a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)	Casa Militar da Presidência da República	Conselho Nacional Antidrogas (CONAD)

2002	Política Nacional Antidrogas (PND)	Estabelecer objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e a saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas	-	Política Nacional sobre Drogas (PNAD)
------	------------------------------------	--	---	---------------------------------------

Fonte: Elaborado pela autora

3.4. A virada do cuidado - anos 2000 e a Reforma Psiquiátrica

A promulgação da Lei nº 10.216/2001 constituiu um marco jurídico e simbólico na transição do paradigma punitivo-asilar para um modelo de atenção psicossocial no tratamento do sofrimento psíquico no Brasil. Ao romper com a lógica manicomial historicamente dominante, a nova legislação instituiu o cuidado em liberdade como princípio orientador das políticas públicas de saúde mental, reafirmando os direitos e a dignidade das pessoas com transtornos mentais.

A leitura dos documentos do governo federal, gerados no ano de 2003-2004, revela uma mudança na orientação *War on Drugs*, a partir da primeira mensagem ao Congresso Nacional feita pelo Presidente Luis Inácio Lula da Silva em fevereiro de 2003 (Henschel *et al.*, 2015). Declara-se, neste momento, a necessidade de haver uma integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas (PNAD), com a descentralização das ações e com a parceria efetiva com a comunidade científica e as organizações sociais. Conforme documento da PNAD (2003)³², um dos pressupostos básicos desta política, trazia questões sociais que antes não eram apreciadas.

Orientar a implantação das atividades, ações e programas de redução de demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os “Determinantes de Saúde”, entendidos como: renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico; funcionamento orgânico (biológico); herança genética; habilidades sociais; práticas de saúde pessoal; desenvolvimento infantil saudável e acesso ao sistema de saúde (Brasil, 2003).

Houve, portanto, uma mudança de paradigma em relação a proposta de pensamento da política de álcool e drogas, diferente de uma perspectiva da racionalidade punitiva, indicada pelo estudo de Henschel de Lima *et al.* (2015). Assim, desloca do âmbito médico-psiquiátrico e criminal (típicos do arquipélago carcerário) para a saúde pública, elaborando uma política

³² Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em 30 de nov. 2023.

pública específica de problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas, em conformidade com o artigo 196 da Constituição Federal, que garante que a saúde é direito de todos e dever do Estado e com a Lei nº 10.216/01.

Em 2006, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) foi constituído por meio da Lei nº 11.343/2006 com o objetivo de prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, com o reconhecimento de diferenças entre as figuras do traficante e do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado e a ocupar capítulos diferentes da lei. Diversos órgãos e setores compõem o Sistema como ANVISA, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal, Ministério da Cidade, Ministério da Justiça e Segurança Pública, Ministério da Saúde, entre outros.

A partir de 2008, com a publicação da Lei 11.754, o Conselho Nacional Antidrogas passou a se chamar Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas passou a ser denominada de Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Verifica-se que a substituição do prefixo "*anti*" pela preposição "*sobre*" não ocorre de maneira fortuita, mas revela uma mudança conceitual de relevo. Enquanto o emprego de "*anti*" remete a uma atitude de oposição direta, muitas vezes marcada por conotações repressivas e de antagonismo com relação ao objeto discursivo, a preposição "*sobre*" indica uma orientação discursiva voltada à análise crítica, à problematização e à ampliação do campo de compreensão da temática em questão.

Um novo marco teórico-político de atuação do governo federal é definido pela publicação da Política Nacional sobre Drogas (2008) com foco na redução da demanda e da oferta de drogas, na medida em que rompe com a longa tradição política organizada em torno da racionalidade punitiva e da consideração do usuário como doente e/ou criminoso por ter rompido com a norma.

A nova política para álcool e drogas foi formulada em conformidade com a Lei 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, o novo marco teórico-político da atuação do governo federal no que diz respeito ao consumo abusivo de substâncias psicoativas se consolida com a publicação da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), no ano de 2008. Esse avanço fica explicado no seguinte trecho de Henschel de Lima *et al.* (2015):

A inovação da PNAD reside, assim, no fato de conter, dentre seus pressupostos fundamentais: 1. Garantir a implementação, efetivação e melhoria dos programas, ações e atividades de redução da demanda (prevenção, tratamento, recuperação e inserção social) e de danos, levando em consideração os indicadores de qualidade de vida, respeitando potencialidades e princípios éticos; 2. Reconhecer as diferenças entre usuário, pessoa em uso indevido, dependente e traficante de drogas lícitas ou

ilícitas; 3. Garantir o direito de receber tratamento adequado a todo sujeito com problemas decorrentes do uso indevido de drogas (Henschel de Lima *et al.*, 2015, p.590).

Em consonância com a Lei da Reforma Psiquiátrica, na medida em que valoriza as singularidades do sujeito, o novo modelo de abordagem ao tratamento do consumo abusivo de substâncias se baseia no conceito de Redução de Danos (RD). A PNAD reconhece a estratégia de RD, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, que propõe a adoção de políticas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos, visando diminuir a marginalização e o impacto dos problemas socioeconômicos, culturais e dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e drogas.

A estratégia de RD, valorizada na PNAD, traz a inovação metodológica de focar a atenção ao sujeito, diferenciando-se de uma metodologia fundamentalmente repressiva, pautada exclusivamente na criminalização do consumo (Domanico, 2018). Essa atenção ao sujeito se apresenta em um dos objetivos da RD, que consiste na modificação dos comportamentos de risco associados ao uso de drogas com relação ao compartilhamento de seringas ou outros instrumentos usados no consumo endovenoso de drogas e associados à prática de relações sexuais não protegidas.

Dessa forma, o início dos anos 2000 configura-se como um marco decisivo na trajetória das políticas públicas de saúde mental e de drogas no Brasil. A promulgação da Lei nº 10.216/2001 não apenas consolidou juridicamente os princípios da RP, como também instituiu o cuidado em liberdade como eixo estruturante da atenção psicossocial, impulsionando a criação e expansão da RAPS. Paralelamente, configurou-se uma mudança de direção no campo da política sobre drogas, com a emergência de discursos e práticas orientados por uma perspectiva de saúde pública e redução de danos, ainda que permeados por tensões institucionais e disputas ideológicas. Esse período, portanto, inaugura um cenário ambivalente, no qual avanços normativos e institucionais convivem com resistências históricas, revelando os desafios persistentes na consolidação de um modelo de cuidado pautado na dignidade, na cidadania e na promoção de direitos.

O quadro 12 reúne os principais dispositivos institucionais que marcaram a consolidação das políticas públicas brasileiras entre os anos 2003 a 2011.

Quadro 12. Dispositivos institucionais dos anos 2003 a 2011

ANO	EVENTO	DETALHES
2003	Mensagem ao Congresso Nacional	Presidente Luis Inácio Lula da Silva declara necessidade de integração das políticas públicas setoriais com a PNAD

2006	Constituição do SISNAD	Lei n. 11.343/2006 prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas
2008	Publicação da Política Nacional sobre Drogas	Foco na redução da demanda e da oferta de drogas, rompendo com a tradição punitiva
2011	SENAD passa a fazer parte do Ministério da Justiça	Articulação das ações da redução de demanda da oferta de drogas

Fonte: Elaborado pela autora

3.5. Reconfigurações do cuidado – dos anos 2010 a 2016

Em janeiro de 2011, a SENAD passou a fazer parte do Ministério da Justiça, a fim de potencializar a articulação das ações da redução de demanda da oferta de drogas, que priorizam o enfrentamento ao tráfico de ilícitos. Já em agosto deste mesmo ano, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29 pela ANVISA, estabelece requisitos sanitários para instituições que prestam atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Esse marco inicial garantiu maior controle sobre as condições estruturais e sanitárias desses serviços.

A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em dezembro de 2011, teve como objetivo fortalecer o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e em situação de dependência química. No entanto, a inclusão das Comunidades Terapêuticas (CTs) como parte integrante da rede suscita debates sobre a compatibilidade dessas instituições com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira. Neste mesmo mês, o plano *Crack, É possível vencer* é lançado iniciando o financiamento federal das CTs. Conforme Passos *et al.*, (2024) este momento pode ser considerado um marco no processo de contrarreforma psiquiátrica, tendo a sua “piora” a partir de 2015 até 2022, em razão do expressivo aumento das CTs e do avanço conservador que se instalou no país.

Em 2012, a Portaria nº 131 instituiu o incentivo financeiro de custeio para serviços residenciais, incluindo as CTs, ampliando a capacidade dessas instituições de oferecer acolhimento e assistência qualificada. Três anos depois, em 2015, foi publicada a Resolução nº 1 do CONAD que regulamentou o acolhimento voluntário de pessoas em CTs, reforçando a importância dessas entidades no processo de recuperação e reinserção social. Meses após, foi emitida a Portaria nº 1.646, que instituiu o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), garantindo maior transparência e organização no registro de instituições prestadoras desse serviço.

Por fim, em dezembro de 2015, ocorreu a nomeação do médico psiquiatra Valencius Wurch realizada pelo ministro da saúde para a Coordenação nacional de Saúde Mental, Álcool

e outras Drogas do Ministério (Prudencio *et al.*, 2024). O psiquiatra foi diretor-técnico, nos anos 90, da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi – na época, o maior manicômio particular do país – fechada em 2012, após denúncias de violações de direitos. A nomeação foi alvo de diversos protestos³³ de entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) e o Movimento Nacional pela Luta Antimanicomial (MNLA) por considerarem um retrocesso a RP³⁴.

Trata-se, portanto, de uma fase marcada pela consolidação de dispositivos institucionais que, embora revestidos pelo discurso da assistência, da recuperação e da reinserção social, operam sob lógicas que reatualizam o paradigma manicomial em moldes contemporâneos. Tais dispositivos, muitas vezes legitimados por narrativas terapêuticas e normativas, reafirmam práticas de exclusão, tutela e disciplinamento, em flagrante contradição com os princípios fundantes da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial.

O quadro 13 reúne os principais dispositivos institucionais, em ordem cronológica, que marcaram a consolidação das políticas públicas brasileiras os anos de 2011 a 2015.

Quadro 13. Eventos em ordem cronológica 2011 a 2015

ANO	EVENTO	DESCRIÇÃO
2011 (Jan.)	SENAD no Ministério da Justiça	A SENAD passou a integrar o Ministério da Justiça, visando potencializar a articulação das ações de redução da demanda de drogas e o combate ao tráfico ilícito.
2011 (Ago.)	RDC nº 29 (ANVISA)	Estabelece requisitos sanitários para instituições que atendem pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.
2011 (Dez.)	Criação da RAPS	Fortalece a estrutura de atendimento para pessoas em sofrimento psíquico e dependência química, incorporando as CTs à Rede.
2011 (Dez.)	Plano "Crack, É possível vencer"	Lançamento do plano que marcou o início do financiamento federal das CTs.
2012	Portaria nº 131	Institui incentivo financeiro para custeio de serviços residenciais, incluindo CTs, ampliando a capacidade de acolhimento.
2015	Resolução nº 1 (CONAD)	Regulamenta o acolhimento voluntário de pessoas em Comunidades Terapêuticas, reforçando seu papel na recuperação e reinserção social.
2015 (Meses depois)	Portaria nº 1.646	Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), garantindo maior transparência no registro de instituições.
2015 (Dez.)	Nomeação de Valencius Wurch	O médico psiquiatra foi nomeado para a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, gerando protestos por entidades do setor devido ao seu histórico e às implicações da escolha.

Fonte: Elaborado pela autora

Esse conjunto de transformações institucionais revela não apenas uma mudança de orientação nas políticas públicas voltadas à saúde mental e ao cuidado com usuários de substâncias psicoativas, mas também antecipa os contornos de um novo arranjo político que se

³³ Disponível em <https://oglobo.globo.com/politica/por-que-nomeacao-do-novo-coordenador-de-saude-mental-esta-gerando-protestos-no-pais-18295828> Acesso em 01 mar 2025.

³⁴ O médico psiquiatra foi exonerado do cargo de Coordenador em maio de 2016, após forte pressão dos movimentos sociais.

consolidaria após o golpe de 2016. A crescente valorização de dispositivos paralelos à lógica da Reforma Psiquiátrica, somada à reconfiguração dos mecanismos de financiamento e regulação, sinaliza um deslocamento estratégico que favorece modelos de acolhimento mais conservadores e menos comprometidos com os princípios da atenção psicossocial em liberdade. Essa reorientação, ainda que sutil em seus primeiros movimentos, preparou o terreno para o aprofundamento de uma agenda que será explorada no próximo capítulo, marcada por disputas ideológicas, retração de direitos e reestruturação das redes de cuidado sob novas racionalidades políticas.

CAPÍTULO 4.

O que se construiu e o que se destruiu?

Estou de novo aqui, e isto é — Por que não dizer? Dói. Será por isto que venho? — Estou no Hospício, deus. E hospício é este branco sem fim, onde nos arrancam o coração a cada instante, trazem-no de volta, e o recebemos: trêmulo, exangue — e sempre outro. Hospício são as flores frias que se colam em nossas cabeças perdidas em escadarias de mármore antigo, subitamente futuro — como o que não se pode ainda compreender. São mãos longas levando-nos para não sei onde — paradas bruscas, corpos sacudidos se elevando incomensuráveis: Hospício é não se sabe o quê, porque Hospício é deus. (Cançado, 2015, p. 327)

Considerações iniciais

O Capítulo 4 apresenta os achados e a análise crítica referentes ao período de 2016 a 2022, evidenciando os desdobramentos das políticas de drogas e as transformações no campo do cuidado psicossocial. Ao entrelaçar dados e interpretações, este capítulo revela como disputas ideológicas, reconfigurações institucionais e tensionamentos entre modelos de atenção impactaram profundamente as práticas de cuidado, os marcos legais e a proteção de direitos. Dividido em seis seções, sua arquitetura textual adota analogias a construção e destruição como forma de revelar as dinâmicas contraditórias que atravessam as políticas públicas brasileiras desse período.

A primeira seção *Reconfiguração do Estado sob os Ventos da Austeridade: a demolição do bem estar social* analisa os desdobramentos políticos e institucionais a partir do *impeachment* de 2016, evidenciando uma mudança no modelo de Estado brasileiro. Esse momento é interpretado como uma abertura para uma reconfiguração orientada por princípios neoliberais, marcada pela retração das funções sociais do Estado, intensificação da austeridade fiscal e crescente delegação de responsabilidades ao setor privado e às organizações da sociedade civil.

A segunda seção *Desmonte em Curso: A Regressão das Diretrizes da Saúde Mental* analisa os desdobramentos da Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN, que introduziu a chamada “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (PNSM), marcando uma ruptura significativa com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Passando a privilegiar o financiamento de Comunidades Terapêuticas e adotando uma abordagem punitivista e neoliberal, centrada no encarceramento e na moralização do sofrimento psíquico. Ressalta-se como tais mudanças representam um retrocesso político e ético, reforçando dispositivos de controle em detrimento do cuidado em liberdade e da garantia dos direitos humanos.

A terceira seção *Canteiro de Retrocessos: A Nova Política sobre Drogas e a*

Desconstrução do Cuidado aborda as transformações estruturais na política brasileira sobre drogas a partir de 2019, destacando o impacto do Decreto nº 9.761/2019 e da Lei nº 13.840/2019. Essa reconfiguração marcou o abandono institucional das estratégias de redução de danos, substituídas pela centralidade da abstinência como eixo orientador das práticas de cuidado. Além disso, evidencia como a política passou a priorizar as CTs como principal dispositivo de acolhimento e tratamento de usuários de substâncias psicoativas, reforçando um modelo punitivista e moralizante.

A quarta seção *Ruínas Financiadas: CTs como Monumento da Violência Institucional* discute a permanência e consolidação das CTs como dispositivos centrais na política sobre drogas brasileira, mesmo diante de mudanças de governo e alterações discursivas. Ao evidenciar a ambiguidade institucional das CTs, marcadas por baixa regulação e elevada legitimidade política, demonstrando como essas estruturas são sustentadas por interesses político-econômicos e continuam a receber financiamento público, apesar de inúmeras denúncias de violações de direitos humanos entre 2023 e 2025.

A análise também destaca a lógica de mercantilização da saúde mental, na qual o sofrimento psíquico é convertido em objeto de intervenção moral e econômica, tensionando os princípios da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial em liberdade.

A quinta seção *Planta do Controle: o PLANAD 2022* examina criticamente o papel do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad) como instrumento de planejamento estratégico vinculado ao Estado brasileiro, destacando seus limites e potencialidades. Embora o Planad se proponha a integrar ações intersetoriais nas áreas de saúde, educação, assistência social, segurança pública, justiça, cultura e trabalho, com foco na prevenção, cuidado e reinserção social de usuários de substâncias psicoativas, observa-se uma distância entre discurso e prática. Revela, na prática, uma orientação punitivista que atravessa sua implementação. A vinculação a órgãos como o CONAD e a SENAD acaba favorecendo ações baseadas no controle e na moralização, com ênfase em Comunidades Terapêuticas e contenção, em detrimento de estratégias pautadas na redução de danos, cuidado em liberdade e promoção de direitos.

A sexta seção *Rascunho Coletivo, Estrutura Contida: O Plano Nacional 2025 como Campo de Tensão e Transformação* traz a recente iniciativa do Estado brasileiro de revisar a Política Nacional sobre Drogas por meio de uma consulta pública virtual, promovida pelo CONAD e SENAD. Ao propor a construção colaborativa de um novo decreto com caráter de política de Estado, o processo é apresentado como democrático e participativo. No entanto, a abertura institucional convive com uma lógica punitivista historicamente presente nas políticas

sobre drogas, indicando que o plano permanece como um espaço de disputas entre abordagens conservadoras e perspectivas baseadas em direitos humanos.

4.1. Reconfiguração do Estado sob os Ventos da Austeridade: a demolição do bem estar social

A partir do *impeachment* de 2016, que destituiu uma presidenta eleita democraticamente, pode-se notar a abertura de uma janela de oportunidade, havendo uma mudança ideológica e estrutural do cenário político, representando um marco decisivo no modelo de Estado, reforçando um ciclo de reconfiguração institucional orientado por preceitos neoliberais (Souza *et al.*, 2024).

Esse processo foi caracterizado pela retração do papel do Estado como promotor do bem-estar social (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020), pela intensificação de políticas de austeridade fiscal e pela crescente transferência de responsabilidades públicas para o setor privado e para organizações da sociedade civil. Conforme Gomes, Monteiro e Abreu (2024, p.187) “essas escolhas, por sua vez, não são neutras ou seguem métricas exclusivamente técnicas, sendo atravessadas por diferentes interesses, no interior do Estado neoliberal que tem priorizado a lógica da implementação precarizada no âmbito das políticas sociais”. Os diversos atores sociais que estiveram envolvidos neste contexto conseguiram configurar uma agenda alternativa capaz de levar a alterações institucionais a partir da mobilização de redes de políticas públicas ou comunidades de políticas ou coalizões de defesa, conforme o enfoque privilegiado (Mennicucci, 2018).

É importante salientar que, neste período, foi instituída uma medida provisória, que posteriormente tornou-se a *Emenda Constitucional 95/2016*, determinando o congelamento por 20 anos dos recursos destinados a diversas políticas sociais, entre as quais a educação e a saúde com o SUS. Essa medida teve como principal justificativa o controle do déficit público e a estabilização fiscal. No entanto, seus efeitos foram profundamente regressivos, especialmente sobre os direitos sociais assegurados pela Constituição de 1988. Ao congelar os investimentos públicos em áreas essenciais, a EC 95 comprometeu a capacidade do Estado de responder às demandas crescentes da população. É profundamente contraditório que, diante da severa restrição orçamentária imposta pela Emenda Constitucional nº 95 — que compromete a sustentabilidade do SUS e limita investimentos em saúde pública —, persistam aportes substanciais de recursos para o financiamento de Comunidades Terapêuticas e hospitais psiquiátricos (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

O clima político e social que se consolidou nesse período foi profundamente

influenciado por uma conjuntura marcada por tensões institucionais, polarização ideológica e intensificação das demandas sociais. Esse ambiente foi amplificado por uma campanha midiática massiva, que desempenhou papel estratégico na legitimação de discursos conservadores e na reconfiguração simbólica de valores sociais. Nesse contexto, observou-se o fortalecimento de forças políticas vinculadas a partidos e atores sociais de orientação conservadora, que passaram a ocupar espaços decisórios e a pautar o debate público.

A articulação desses grupos resultou na construção de um cenário institucional e discursivo propício à formulação de políticas públicas alinhadas aos seus interesses, muitas vezes orientadas por lógicas moralizantes, restritivas e excludentes (Prudêncio *et al.*, 2024). A atuação coordenada desses atores resultou na construção de um cenário político-institucional favorável à consolidação de uma agenda conservadora (Costa, 2020), que passou a ser naturalizada no debate público. Essa agenda foi sustentada por um discurso de combate à corrupção, defesa da ordem e valorização do mérito individual, frequentemente em oposição aos princípios de equidade e justiça social.

Evidencia-se a consolidação de um projeto ideológico no contexto analisado, violando direitos humanos, negando a pesquisa e a ciência, visando atender uma demanda conservadora. O questionamento da eficácia das vacinas, a diminuição da vacinação da população e o retrocesso do tratamento da saúde mental podem ser vistos como resultados dessa agenda governamental. Esses impactos foram particularmente intensos entre os grupos socialmente vulnerabilizados, cujas condições de vida já os colocavam em situação de maior exposição a riscos sanitários, econômicos e sociais.

Com isso o projeto de expansão das CTs como modelo principal de atendimento ao uso prejudicial de drogas se estabelece e guarda relação com outros interesses que envolvem projetos de poder mais amplos e que ultrapassam o campo do debate da saúde mental e drogas e vem se estabelecendo entre os ataques neoliberais contra a liberdade e o movimento de regressividade dos direitos expresso. (Gomes; Monteiro; Abreu, 2024, p.188)

4.2. Desmonte em Curso: A Regressão das Diretrizes da Saúde Mental

Durante o período de 2016 a 2022, o Ministério da Saúde foi marcado por uma intensa instabilidade institucional, refletida em sucessivas mudanças de gestão, chefias e lideranças estratégicas. Essa volatilidade não se deu apenas por razões administrativas, mas esteve profundamente relacionada à dinâmica política nacional, na qual o órgão se consolidou como espaço privilegiado de disputa entre partidos que detinham poder de barganha no Congresso Nacional. A pasta, por sua relevância orçamentária e capilaridade territorial por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), tornou-se alvo recorrente de negociações políticas, sendo

frequentemente utilizada como moeda de troca na composição de coalizões governamentais. Tal cenário comprometeu a continuidade de políticas públicas, fragmentou estratégias de gestão e dificultou a consolidação de projetos estruturantes, evidenciando como a lógica da governabilidade pode tensionar a capacidade técnica e institucional de um ministério central para a garantia de direitos sociais.

Além da interrupção dos investimentos, observa-se que, entre dezembro de 2016 e maio de 2019, foram publicados diversos atos normativos, incluindo portarias e resoluções, que constituem o que a Nota Técnica nº 11/2019 denominou como “Nova Política Nacional de Saúde Mental - PNSM” (Gomes; Monteiro; Abreu, 2024). Essa ‘nova política’ se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e drogas, que passou a ser denominada “Política Nacional sobre Drogas”, tendo esta grande ênfase no financiamento de Comunidades Terapêuticas e numa abordagem punitivista, neoliberal e de encarceramento em detrimento dos avanços que tivemos a partir da Reforma Psiquiátrica (Costa, 2020; Prudêncio et al., 2024).

A NT é um documento composto por atos normativos elaborado pelo Ministério da Saúde por meio da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Esses atos normativos compõem o arcabouço jurídico que fundamenta as mudanças propostas, trazendo novas diretrizes de ações propostas de forma conjunta pelos entes federativos para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), apresentando também a Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e alterando as orientações para o tratamento e reinserção social de pacientes usuários ou que apresentam dependência química e que estão em seguimento na RAPS (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Conforme é possível observar no quadro da linha do tempo no quadro 14.

Quadro 14. Linha do tempo dos atos normativos da Nota Técnica nº 11/2019

ATOS NORMATIVOS	SÍNTESE DO CONTEÚDO
Portaria GM/MS n.º 2663, de 11/10/2017	Redefinição dos critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
Resolução CIT n.º 32/2017, de 17/12/2017	Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
Portaria GM/MS n.º 3588, de 21/12/2017	Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.
Portaria Interministerial n.º 2, de 21 de dezembro de 2017	Institui o Comitê Gestor Interministerial, espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade.
Resolução CIT n.º 35/2018, de 25 de janeiro de 2018	Estabelece prazo para manifestação dos gestores que receberam recursos de implantação de serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade e não implantaram e efetivaram o seu funcionamento.
Resolução CIT n.º 36/2018, de 25 de janeiro de 2018	Define o prazo para os gestores enviarem manifestação ao Ministério da Saúde e define a suspensão da transferência dos recursos de custeio referente às habilitações dos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade que não estejam em funcionamento ou não apresentem a produção assistencial registrada nos sistemas de informação em saúde considerando as políticas de atenção à saúde.
Resolução CONAD n.º 1, de 9 de março de 2018	Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002.
Portaria GM/MS n.º 1315, de 11 de março de 2018	Habilita Estados a receberem Incentivo Financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
Portaria SAS/MS 544, de 7 de maio de 2018	Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências.
Portaria GM/MS n.º 2.434, de 15 de agosto de 2018	Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos.
Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN de 04 de fevereiro de 2019	Esclarece sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

Fonte: Elaborado pela autora.

Logo em sua introdução, a NT explicita sua orientação ao enfatizar a necessidade de ampliação dos leitos psiquiátricos e da oferta de internações para pacientes com transtornos mentais (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Este posicionamento revela uma transição significativa na política da saúde mental brasileira, marcada pela retomada de práticas hospitalocêntricas e pela revalorização de dispositivos asilares, sendo particularmente notável o aumento de recursos públicos destinados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com ênfase no financiamento de hospitais psiquiátricos especializados e hospitais-dia, o que evidencia uma reorientação do modelo assistencial para práticas centradas na institucionalização do cuidado.

Contrariando, assim, os fundamentos da Lei nº 10.216/2001, que estabelece a desinstitucionalização como eixo estruturante da política nacional de saúde mental. Essas novas diretrizes são justificadas pelo Ministério da Saúde a partir de um diagnóstico da Política

Nacional de Saúde Mental que resulta do processo de RP, e em que foram encontradas uma série de irregularidades, conforme dois trechos extraídos da Nota Técnica nº 11/2019.

Foram identificados incentivos financeiros que não foram utilizados para criação de novos serviços, subnotificação de atendimentos, baixa ocupação de leitos em hospitais gerais (menos de 15%), irregularidades na avaliação de hospitais psiquiátricos especializados pelo PNASH, denúncias de violação de direitos em SRTs, pacientes que já faleceram recebendo benefícios, obras financiadas e não-executadas, serviços inexistentes recebendo financiamento, inconformidades na prestação de contas em convênios realizados com o Ministério da Saúde, ausência de equipe mínima em um quinto dos CAPS, bem como baixas taxas de matriciamento e atendimento à crise realizados nesses Serviços. Esses dados foram apresentados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde (CNS), e estão sendo encaminhados para órgãos de controle e auditoria do SUS (BRASIL, 2019, p. 5)

Na frente de dependência química, o Ministério da Saúde passa a ajustar e fazer novos estudos dos Programas que vinham em curso até o presente momento (TamoJunto, Elos e Famílias Fortes). Isso, pois os estudos conduzidos a partir da aplicação desses Programas mostram resultados bastante insatisfatórios, sendo que um deles chegou a causar ação iatrogênica (Programa TamoJunto). (BRASIL, 2019, p. 6)

Ambos os trechos apresentam um levantamento das irregularidades alegadas que comprometeriam o atendimento e a efetividade das políticas públicas de saúde mental no Brasil, incluindo álcool e outras drogas, e induziriam o aumento de pacientes com transtornos mentais em presídios, aumento de taxas de suicídio, aumento da população em situação de rua e a proliferação das *cracolândias*. A NT indica, ainda, que o aumento de leitos psiquiátricos e a lógica hospitalocêntrica comporiam o quadro de soluções para tais irregularidades e seu efeitos.

De acordo com ao Cruz, Gonçalves, Delgado, (2020, p.4) “ao definir um novo modelo de RAPS, estabelece uma ‘nova’ orientação do modelo assistencial, que, na verdade, é um retorno ao paradigma anterior à RP, com diversos elementos que apontam para um cuidado de característica hospitalar/asilar”. Ao longo do documento, observa-se uma postura crítica em relação ao fechamento de hospitais psiquiátricos, sugerindo que a internação nesses espaços deve ser incentivada como estratégia terapêutica legítima, representando um retrocesso normativo e ético, ao desconsiderar os avanços conquistados nas últimas décadas em prol do cuidado territorializado, interdisciplinar e centrado na autonomia dos sujeitos. Um outro ponto da NT se refere a forma de tratamento dos transtornos psiquiátricos, conforme trecho a seguir:

Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população.

Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11.711 (BRASIL, 2019, p. 6)

O trecho deixa claro que a Eletroconvulsoterapia (ECT) seria uma das formas de tratamento qualificando-a como “melhor aparato terapêutico para a população”, incentivando a inclusão dos aparelhos de ECT na lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de

Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11.711. Dessa forma, o Ministério da Saúde financiaria sua compra para o tratamento dos transtornos psiquiátricos graves e refratários a outras abordagens terapêuticas (BRASIL, 2019a, p. 6). Segundo Oliveira (2019), ECT é um procedimento que consiste na aplicação de corrente elétrica no cérebro por meio de eletrodos, induzindo convulsões generalizadas — prática que remete ao imaginário manicomial e à medicalização coercitiva do sofrimento psíquico. A incorporação da ECT como política pública, sem o devido debate ético, técnico e social, reacende preocupações quanto à violação de direitos humanos, sobretudo no que se refere ao consentimento informado, à autonomia dos usuários e à supervisão dos protocolos clínicos (Cruz, Gonçalves, Delgado, 2020). Nesse sentido, a NT não apenas sinaliza uma ruptura com os princípios da R P, mas também legitima práticas que historicamente foram associadas à exclusão, à violência institucional e à negação da cidadania de pessoas com sofrimento mental.

Destaca-se, ainda, a forma como a NT aborda a atenção a crianças e adolescentes, atribuindo centralidade à internação psiquiátrica como prática legítima no cuidado infantojuvenil. O documento afirma que “não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade (sic) em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos” (Brasil, 2019a). Tal posicionamento revela uma concepção biomédica e hospitalocêntrica que desconsidera os princípios da atenção psicossocial, da proteção integral e da prioridade absoluta prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente, além de ignorar os efeitos potencialmente iatrogênicos de internações precoces e não territorializadas.

Embora o documento alegue buscar maior resolutividade e pluralidade assistencial, suas diretrizes suscitaram intensos debates entre especialistas, entidades da saúde coletiva e movimentos sociais, que apontam riscos de retrocesso frente aos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ao privilegiar abordagens biomédicas e institucionalizantes, a NT tensiona conquistas históricas de cuidado territorializado, comunitário e centrado na cidadania, exigindo reflexão crítica sobre os rumos da política pública de saúde mental no país.

É possível identificar o conjunto de fluxos que permitem localizar, com a ascensão do governo de Jair Bolsonaro, uma janela de oportunidade regressiva na política de saúde mental, com riscos de retrocesso da Reforma Psiquiátrica. O quadro 15 apresenta a estrutura de fluxo de problemas, fluxo de soluções e fluxo político que levou à abertura dessa janela de oportunidade regressiva para mudanças na agenda governamental.

Quadro 15. Nota Técnica nº 11/2019 no Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon.

FLUXO	CONTEÚDO IDENTIFICADO NA NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN
Problemas	A Nota Técnica nº 11/2019 constrói e reforça uma narrativa de crise na RAPS (Rede de

	Atenção Psicossocial), evidenciada por: • Subutilização e má gestão de leitos e equipamentos; • Supostos fracassos da política de desinstitucionalização (aumento de moradores de rua, suicídios, <i>cracolândias</i>); • Baixa cobertura dos CAPS e falhas nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs); • Desassistência em saúde mental, sobretudo em regiões de alta vulnerabilidade.
Essa narrativa tem papel fundamental no enquadramento do problema: a rede comunitária, sustentáculo da reforma psiquiátrica, seria "ineficaz", "desestruturada" e "incapaz de enfrentar as novas demandas", demandando, portanto, uma revisão da política.	
Soluções	Simultaneamente à identificação da crise, a Nota Técnica nº 11/2019 propõe soluções alternativas à reforma psiquiátrica, já prontas para serem implementadas: • Revalorização e reinserção dos hospitais psiquiátricos como parte formal da RAPS; • Criação dos CAPS AD IV para funcionamento 24h em regiões de <i>cracolândias</i>; • Expansão das Comunidades Terapêuticas e inclusão no financiamento federal; • Introdução da Eletroconvulsoterapia (ECT) como tecnologia financiada; • Incentivo ao atendimento ambulatorial especializado, fora da lógica territorial dos CAPS; • Valorização de internações prolongadas e mecanismos de financiamento específicos para reinternações.
Essas medidas formam um pacote de soluções pré-formatadas, que expressam um reposicionamento técnico e ideológico sobre o papel dos diversos dispositivos da saúde mental no SUS.	
Fluxo Político	O contexto político fornece o ambiente propício para a mudança: • Ascensão de um governo federal de orientação conservadora (Bolsonaro), com forte apoio de setores religiosos e medicalizantes; • Desmonte de pautas progressistas e retorno a modelos biomédicos e moralizantes do cuidado; • Ações coordenadas entre Ministérios (Saúde, Justiça, Cidadania) para integrar repressão, abstinência e institucionalização como eixos da política sobre drogas e saúde mental; • Crise democrática pós-impeachment e enfraquecimento da participação social nos espaços deliberativos do SUS (como o Conselho Nacional de Saúde).
Esses fatores políticos foram fundamentais para impulsionar a abertura da janela de oportunidade — uma mudança de agenda que já estava sendo articulada nos bastidores.	
Janela de Oportunidade	A janela se abre quando esses três fluxos convergem. No caso da Nota Técnica nº 11/2019, ela representa uma ruptura paradigmática, revertendo parcialmente os avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se de uma "janela regressiva", em que: • O problema é construído discursivamente com foco na falência da RAPS; • As soluções apresentadas representam uma retomada institucional dos hospitais psiquiátricos e do modelo abstencionista; • A conjuntura política legítima e operacionaliza essa mudança na agenda governamental.

Fonte: Elaborado por Benirschke, Henschel de Lima e Nascimento, 2025.

A Nota Técnica nº 11/2019 (NT) é um exemplo emblemático da aplicação do Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon: uma política pública não emerge apenas pela identificação de um problema, mas sim quando um conjunto de soluções previamente disponível encontra um ambiente político favorável. No caso, trata-se de uma inflexão contra-hegemônica que coloca em risco os princípios da RP, institucionalizando uma política regressiva sob a forma de modernização técnica.

Importante salientar que essa NT teve repercussão negativa, com críticas à seu conteúdo, e acabou por ser retirada do site do Ministério da Saúde. De fato, a NT gerou críticas e debates,

especialmente em relação ao risco de retrocesso na RP e na desinstitucionalização de usuários da saúde mental. Alguns questionamentos apontam para a possibilidade de retorno de internações em hospitais psiquiátricos e o uso indiscriminado da eletroconvulsoterapia. O COSEMS/SP, por exemplo, expressou preocupações sobre o impacto da nota na aplicação da Lei da Reforma Psiquiátrica e na garantia dos direitos dos pacientes.

4.3. Canteiro de Retrocessos: A Nova Política sobre Drogas e a Desconstrução do Cuidado

A partir de 2019, a política brasileira sobre drogas passou por uma reconfiguração profunda, marcada pela promulgação do Decreto nº 9.761/2019, que instituiu a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), e pela sanção da Lei nº 13.840/2019, que alterou dispositivos da Lei nº 11.343/2006 (Lei de Drogas). Essas normativas consolidaram um modelo centrado na abstinência como eixo terapêutico, “representando o fim institucional das políticas públicas de redução de danos” (Correia, Martins e Requião, 2019, p.3) e na centralidade das Comunidades Terapêuticas (Prudêncio et al., 2024), como principal dispositivo de acolhimento e tratamento de usuários de substâncias psicoativas (Brasil, 2019a).

Simultaneamente, o Decreto nº 10.785/2019 alterou a estrutura regimental do Ministério da Justiça e Segurança Pública, criando a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD) (Brasil, 2019b), o que evidencia a articulação entre políticas de repressão ao tráfico e a gestão patrimonial de bens apreendidos com ações de cuidado e tratamento. Essa fusão institucional revela uma lógica de governança que aproxima o campo da saúde mental da segurança pública e da economia, reforçando a racionalidade neoliberal na condução das políticas sociais, afastando a discussão da esfera da saúde pública e se aproximando dos dispositivos de vigilância e repressão (Cruz, Gonçalves, Delgado, 2020). Por se tratar de um decreto presidencial, a PNAD assume um grau de institucionalidade superior às resoluções e portarias que a antecederam, conferindo-lhe o caráter de política de Estado, e não meramente de governo transitório. Essa formalização normativa sinaliza uma tentativa de consolidar diretrizes de longo prazo, ancoradas em estruturas estatais permanentes: “*a nova política de drogas*” emerge como agenda prioritária escancarando o profundo enraizamento do projeto racista, expressado pela ideologia do proibicionismo, aliada abstinência, que mata e encarcera, sobretudo jovens homens negros e pobres (Souza, Fonseca, Marques, 2024, p.115).

O estudo de Costa (2020) mostra que a Política Nacional sobre Drogas faz referência direta às CTs em cinco ocasiões ao longo do documento. Duas dessas menções aparecem nos objetivos gerais da política, onde as CTs são apresentadas como componentes da rede assistencial intersetorial, com a finalidade de promover um cuidado integral e holístico às

peessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. As outras três ocorrências estão localizadas na seção dedicada às estratégias de tratamento, reiterando o papel das CTs nesse processo e destacando, inclusive, a previsão de apoio institucional e incentivo financeiro para sua atuação no âmbito da política pública.

Costa (2020) afirma que a PNAD promoveu o fortalecimento financeiro e político das CTs, sem, contudo, estabelecer mecanismos claros de fiscalização, avaliação ou prestação de contas. Embora tanto o decreto quanto a lei façam referência à estrutura física e funcional dessas entidades, essa menção se dá de forma genérica e imprecisa, sem apresentar diretrizes técnicas, especificações operacionais ou exigências mínimas quanto à composição das equipes profissionais. Ausentes também estão parâmetros de qualidade assistencial que assegurem práticas qualificadas de cuidado, o que compromete a supervisão pública e fragiliza a legitimidade dessas instituições como parte da rede de atenção psicossocial (Costa, 2020).

Essa realidade corrobora as discussões anteriores sobre o caráter ambíguo das CTs, que se situam em zonas de baixa regulação e alta legitimidade política (Correia, 2024), atuando como dispositivos de controle. Nesse contexto, observa-se uma mobilização de discursos terapêuticos que conferem legitimidade a práticas institucionais marcadas por confinamento, disciplinamento e violação de direitos. Essa dinâmica se insere na lógica mais ampla da mercantilização da saúde mental, na qual o sofrimento psíquico é convertido em objeto de intervenção moral e econômica, conforme aponta Pedro Costa (2020).

A ausência de regulamentação específica contribui para a manutenção de práticas violadoras de direitos, frequentemente denunciadas por órgãos de controle, entidades e movimentos sociais. O Conselho Federal de Psicologia³⁵ (CFP), em conjunto com entidades da Plataforma Brasileira de Política de Drogas, manifestou preocupação diante da sanção desta lei, ao ampliar a possibilidade de internação involuntária sem autorização judicial. A nova legislação, ao desconsiderar o contexto de vulnerabilidade social e os princípios da Reforma Psiquiátrica, ameaça os direitos fundamentais à liberdade, à dignidade e à cidadania de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas (CFP, 2019). Segundo o CFP, “a profundidade destas mudanças deve passar pelo controle social, pois atingem diretamente as pessoas que são o interesse dessas políticas”, evidenciando a necessidade de resistência crítica e mobilização para a construção de uma política de drogas orientada pela vida e pelos direitos humanos.

Há um retorno da política privatizante, da mercantilização da vida, tomando-se a saúde e as doenças como mercadorias, alvo de interesses específicos. Esses interesses não visam à saúde da população, visam à ganância e à obtenção de lucros com as

35 Disponível em <https://site.cfp.org.br/nova-lei-sobre-drogas-amplia-internacao-involuntaria-e-devera-prejudicar-pessoas-em-situacao-de-vulnerabilidade-social/> Acesso em 04 mai. 2025.

doenças da sociedade. (Amarante, 2018, p.1)

Costa (2020) explica que a centralidade atribuída às CTs nas atuais políticas está profundamente vinculada ao seu caráter manicomial e mercantilizado, que as torna instrumentos eficazes na sustentação e reprodução da sociabilidade capitalista. Essas instituições, ao promoverem práticas de segregação sob o discurso do cuidado, operam como dispositivos de controle social (Paula, 2024) que naturalizam a exclusão de sujeitos considerados desviantes. Simultaneamente, ao se inserirem na lógica da privatização e da terceirização do cuidado, as CTs consolidam-se como espaços de rentabilidade e circulação de capital, reforçando a articulação entre políticas públicas e interesses privados.

A substituição da abordagem da redução de danos por modelos abstencionistas e religiosos, como consagrado na PNAD, promoveu uma ruptura com os avanços obtidos ao longo das últimas décadas. Como destaca Moreira e Bosi (2019), essas alterações representam um ataque direto à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fragilizando os serviços substitutivos e promovendo o retorno a práticas excludentes e desumanas, incompatíveis com os princípios do SUS e da cidadania.

Nesse contexto, as CTs emergem como instrumentos de governamentalidade nos termos de Foucault (2008), operando na produção de subjetividades ajustadas à ordem social dominante. A privatização da atenção psicossocial aliada ao controle da conduta produz um campo de ação em que o cuidado é menos sobre saúde e mais sobre conformidade.

4.4. Ruínas Financiadas: CTs como Monumento da Violência Institucional

Desde o ano de 2011, observa-se o recebimento de recursos federais pelas Comunidades Terapêuticas, que foi viabilizado por meio de emendas parlamentares e editais de financiamento vinculados ao Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) (Weber, 2021). Mas, após a destituição da presidenta Dilma Rousseff, o financiamento aumentou exponencialmente. Um olhar mais detalhado sobre o período do governo de Michel Temer (2017 e 2018) permite identificar que o governo federal destinou em 2017 a quantia de R\$44.2 milhões de reais e em 2018 alocou o valor de R\$ 39.3 milhões para as CTs (CONNECTAS, CEBRAP, 2021).

Segundo Resende (2021), a partir de 2017, observa-se um processo de consolidação normativa, com a integração de diversas diretrizes em portarias de maior abrangência. A Portaria de Consolidação nº 6, por exemplo, reúne normas sobre o financiamento e a transferência de recursos para serviços de saúde, enquanto a Portaria nº 3.588 promove alterações e ajustes nessas regulamentações. Também foi instituído o Comitê Gestor Interministerial, reforçando a articulação entre os ministérios da Justiça, Saúde e

Desenvolvimento Social na formulação de políticas voltadas ao enfrentamento do uso de drogas.

Em 2017, foi criada a Portaria Interministerial nº 2, instituindo o Comitê Gestor Interministerial, que envolve o Ministério da Justiça e Segurança Pública, o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social e do Trabalho, cujo papel seria de coordenar políticas e ações voltadas ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, fortalecendo a articulação governamental sobre o tema (Resende, 2021).

Resende (2021) indica que, em 2018, a Resolução nº 1 do CONAD aprovou diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), enfatizando a necessidade de ajustes estratégicos na abordagem do governo. No mesmo ano, foi publicada a Portaria nº 3.449, criando um comitê para consolidar normas e estratégias relacionadas às Comunidades Terapêuticas, reforçando o papel dessas instituições no cuidado e acolhimento de pessoas em situação de dependência química.

Em 2019, primeiro ano do presidente Jair Bolsonaro, o governo federal destinou R\$104.8 milhões e em 2020 repassou R\$ 105.2 milhões – representando um aumento de 169% da destinação da verba (CONNECTAS, CEBRAP, 2021). Conforme Costa (2020 p. 5) “em março de 2019, ampliou-se contratos com as CTs e o número de vagas nessas instituições, dispensando licitação”. Além disso, no governo Bolsonaro, as Comunidades Terapêuticas formaram o principal eixo de cuidados para o problema do uso abusivo e dependência de álcool e drogas (Brasil, 2022). O PPA 2020-2023³⁶ projetou o direcionamento de recursos às Comunidades Terapêuticas evidenciando uma tendência de expansão no número de atendimentos realizados por essas instituições (Passos *et al.*, 2024).

Ao analisar os editais públicos de repasse federal, nota-se que são poucos os requisitos básicos para as CTs conseguirem tais financiamentos (FEBRACKT, 2023). O critério central é a elaboração de um projeto terapêutico para cada interno das CTs, carecendo de uma padronização ou maiores exigências. Durante período entre 2019 e 2022, mais de 520 CTs foram beneficiadas com estes recursos, com vistas a execução de projeto de recuperação de dependentes de álcool e drogas em todo o país (Passos *et al.*, 2024).

Quando se aplica uma lupa sobre o detalhamento da destinação desse investimento em equipes multiprofissionais chama, particularmente, a atenção que: mais de 14% dos projetos não previram a contratação de médicos; 28% não previram a inclusão e contratação de psicólogos e outros profissionais da saúde mental e 67% dos projetos aprovados, não previram

³⁶ Plano Plurianual da União para o período de 2020 a 2023. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13971.htm. Acesso em 25 mar 2025.

contratação de enfermeiros e/ou profissionais de enfermagem (Frente da Saúde Mental, 2023).

Em fevereiro de 2019, a Nota Técnica nº 11/2019 estabeleceu mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da PNAD, destacando adaptações na abordagem governamental para a prevenção, tratamento e reinserção social de pessoas afetadas pelo uso de drogas.

As CTs, que caracterizam como serviços de acolhimento, de perfil residencial e natureza privada, voltadas para pessoas que fazem uso abusivo de drogas, vem sendo denunciadas por diversas organizações do campo da saúde mental e defesa dos direitos humanos por práticas sistemáticas de violação de direitos (CFP, 2011; 2018). Relatórios de fiscalizações apontam que essas instituições, pautadas pela lógica da abstinência e fundamentadas no tripé disciplina-trabalho-espiritualidade, predominantemente cristã, acabam por reeditar a lógica proibicionista, criminalizante, higienista e manicomial, reproduzindo métodos alienistas do século passado, como o isolamento e o tratamento moral (IPEA, 2017) (Souza *et al.*, 2024, p. 114).

A NT legitima e estimula a ampliação da rede de CTs, apresentando-as como alternativa complementar — e, em alguns casos, substitutiva — aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Já a PNAD “reconhece as CTs e põe entre seus objetivos regulamentar, avaliar e acompanhar o tratamento, do acolhimento em CTs à assistência e ao cuidado de pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas” (Passos *et al.*, 2024, p. 62). Esta orientação representa um retrocesso do modelo de cuidado em saúde mental, com ênfase em práticas de acolhimento institucional e abstencionista, em detrimento da lógica territorializada, comunitária e centrada na autonomia do sujeito, conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

De acordo com dados oficiais do governo federal (Brasil, 2022), o repasse de verbas públicas às Comunidades Terapêuticas aumentou aproximadamente 65% entre 2016 e 2021, evidenciando uma priorização orçamentária significativa. No mesmo período, o número de vagas financiadas para acolhimento em CTs saltou de 2.900 para 17.000, o que representa um crescimento de 486,21%. Esse expressivo incremento revela não apenas uma mudança quantitativa, mas também qualitativa na política pública sobre drogas, com a consolidação de um modelo centrado na institucionalização e na moralização do cuidado. A crescente destinação de recursos públicos a entidades privadas, muitas vezes vinculadas a organizações religiosas, suscita questionamentos sobre a laicidade do Estado, a transparência na alocação orçamentária e a coerência com os princípios constitucionais do SUS (Costa, 2024).

Embora não integre formalmente o conjunto de atos normativos referenciados na Nota Técnica nº 11/2019, é relevante destacar a publicação da Portaria nº 562, de 19 de março de 2019, que instituiu o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidades Terapêuticas no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED). A medida

estabeleceu diretrizes operacionais para o acompanhamento da execução dos contratos firmados entre o órgão e as Comunidades Terapêuticas credenciadas, com foco na prestação de serviços de acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

A fiscalização *in loco* passou a ser realizada por servidores lotados na SENAPRED, formalmente designados pelo secretário da pasta — que, à época, também ocupava a coordenação responsável pela elaboração da referida NT. Essa sobreposição de funções evidencia a centralização decisória e o alinhamento político-institucional entre os instrumentos normativos e os mecanismos de controle, o que levanta questionamentos sobre a autonomia técnica e a transparência na condução das políticas públicas voltadas à saúde mental e ao cuidado com usuários de drogas (Costa, 2024).

Embora o recorte temporal desta pesquisa se limite ao ano de 2022, é relevante destacar que, mesmo após a mudança de governo ocorrida em 2023, as CTs mantiveram sua centralidade nas políticas públicas voltadas ao cuidado de pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas. Como apontam Passos et al. (2024), o financiamento público dessas instituições não apenas persistiu, como também foi objeto de movimentações estratégicas, como a estabelecimento do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuais em Álcool e Drogas, evidenciando a institucionalização das CTs como dispositivos de elevada legitimidade política. Essa continuidade evidencia que, mesmo diante das mudanças ideológicas e políticas, persistem interesses político-econômicos que sustentam este modelo.

Durante o período de 2023 a 2025, diversas denúncias envolvendo CTs foram amplamente divulgadas por veículos de imprensa e relatórios institucionais, revelando um padrão sistemático de violações de direitos humanos e irregularidades estruturais. Podemos citar:

- O Observatório de Violências das Comunidades Terapêuticas³⁷, vinculado ao grupo Saúde Mental & Militância da Universidade de Brasília (UnB), identificou 251 reportagens com denúncias entre janeiro e dezembro de 2023. Os casos envolvem cárcere privado, tortura, trabalho análogo à escravidão, falsificação de documentos, tráfico de drogas, exploração sexual, entre outros crimes.
- Em Juiz de Fora (MG), a CT Tenda do Encontro³⁸ foi condenada judicialmente por submeter internos com transtornos mentais ao trabalho forçado, sem

³⁷ Disponível em <https://www.saudementaldf.com/observatorio> Acesso em 22 de jun. 2025.

³⁸ Disponível em <https://reporterbrasil.org.br/2025/07/comunidade-terapeutica-condenada-escravizar-dependentes-quimicos/> Acesso em 22 jul. 2025

remuneração, em condições degradantes. A entidade foi incluída na Lista Suja do Trabalho Escravo em 2024, mas chegou a ser credenciada para receber recursos federais em 2025, sendo descredenciada apenas após pressão do MNPCT (Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura).

- Policiais civis da 50ª DP (Itaguaí) prenderam 11 pessoas³⁹ em flagrante por manterem 62 indivíduos em cárcere privado em uma clínica clandestina chamada Comunidade Terapêutica Recomeçar, localizada no bairro Santa Cândida, em Itaguaí, na Baixada Fluminense. As vítimas viviam em condições insalubres, eram impedidas de sair e, ao tentarem fugir, sofriam punições como agressões físicas e privação de alimentos. A investigação começou após a morte de um interno em 2024 e revelou que pacientes que pagavam pelo tratamento eram mantidos à força e maltratados. Os detidos responderão por sequestro, cárcere privado e associação criminosa.

Em 5 de agosto de 2025, foram publicadas no Diário Oficial da União⁴⁰ as Portarias nº 1104 e nº 1105, ambas emitidas pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). Essas portarias marcaram a extinção do principal mecanismo de financiamento público às CTs: o Edital de Credenciamento nº 08/2023, que havia aprovado 585 instituições para receberem recursos federais. A Portaria nº 1104 declarou extinto o edital, enquanto a nº 1105 tornou sem efeito o Aviso nº 4/2025/DEPAD/SE/MDS, encerrando formalmente o processo de habilitação dessas entidades.

A extinção desse mecanismo pode ser interpretada como uma tentativa de reavaliar o papel das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), diante das denúncias de violações de direitos, práticas moralizantes e desvio de finalidade institucional. Ao mesmo tempo, revela disputas políticas e ideológicas em torno do modelo de cuidado adotado pelo Estado, especialmente no contexto pós-2016, marcado por retrocessos normativos e pela revalorização de dispositivos de segregação sob o discurso da reabilitação.

4.5. Planta do Controle: O PLANAD 2022

O Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (PLANAD) é um instrumento de planejamento estratégico do Estado para a formulação, implementação e avaliação das políticas públicas sobre drogas. Vinculado ao Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e

³⁹ Disponível em <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2025/06/13/policia-resgata-pessoas-mantidas-em-carcere-privado-em-clinica-de-itaguaui.ghtml> Acesso em 22 jul. 2025.

⁴⁰ Disponível em <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-mds-n-1.104-de-5-de-agosto-de-2025-646739119> e <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-mds-n-1.105-de-5-de-agosto-de-2025-646748826> Acesso em 12 ago. 2025.

coordenado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD), o PLANAD busca integrar ações intersetoriais nas áreas de saúde, educação, assistência social, segurança pública, justiça, cultura e trabalho, com vistas à prevenção do uso de substâncias psicoativas, ao cuidado integral de usuários e à sua reinserção social (Brasil, 2022). O documento se apresenta como:

o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (PLANAD), é o resultado da integração e da convergência de esforços de diversos órgãos e entidades (públicas e privadas), e contou com ampla participação da sociedade civil em sua elaboração, o qual submetemos à sua apreciação, com o desejo de que o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (PLANAD), se configure como uma importante ferramenta na coordenação de esforços governamentais para o enfrentamento da questão das drogas no País e promova as mudanças desejadas pela sociedade neste tema. (Brasil, 2022)

O PLANAD de 2022 foi criticado por especialistas, organizações e ativistas que apontaram a sua forte ênfase em abordagens repressivas e seu alinhamento ao paradigma proibicionista. Conforme argumenta Malheiro (2022), o documento reforça uma lógica de guerra às drogas que desconsidera os avanços promovidos pelas práticas de cuidado e pela perspectiva dos direitos humanos. Essa crítica reflete uma preocupação com os impactos sociais do modelo vigente, que historicamente tem aprofundado desigualdades e criminalizado populações vulnerabilizadas.

A ausência de escuta ativa aos sujeitos diretamente afetados pelas políticas públicas também é evidenciada por autoras como Priscilla Gadelha (2022), que sublinha o silenciamento de usuários de drogas, familiares e trabalhadores da rede psicossocial. Segundo a autora, “o PLANAD 2022 ignora os saberes dos territórios e das experiências que resistem à lógica da punição, propondo ações que pouco dialogam com a realidade concreta da população” (Gadelha, 2022, p. 4). Essa crítica se ancora na defesa de uma política mais participativa, que leve em consideração a complexidade das vivências e as redes de cuidado que emergem dos próprios territórios.

A crítica ao Planad de 2022 também foi formalizada pelo Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas da Bahia (CEPAD-BA), que publicou uma carta aberta denunciando o caráter antidemocrático do processo de elaboração do plano. Segundo o documento, “o Plano foi elaborado, até aqui, sem a participação efetiva da sociedade civil” (CEPAD-BA, 2021)⁴¹, o que contraria os princípios da Lei nº 13.840/2019, que prevê ampla participação social.

Dessa forma, o Planad de 2022 careceu de legitimidade social e consistência técnica, uma vez que não foi elaborado com a participação efetiva da sociedade civil, tampouco

⁴¹ Disponível em <https://www.ba.gov.br/social/noticia/2024-05/8299/cepad-ba-divulga-carta-aberta-com-criticas-ao-plano-nacional-de-drogas-confira>. Acesso em 22 ago. 2025.

incorporou as recomendações de especialistas da área. A predominância de ações repressivas revela a persistência de um modelo punitivista, reduzindo-a a uma abordagem moralista e punitiva, sem considerar evidências científicas, retornando à lógica da racionalidade punitiva (Henschel *et. al.* 2015), ignorando os avanços promovidos por políticas de cuidado e redução de danos.

Além disso, a ausência de escuta qualificada e o desprezo por evidências científicas comprometem a efetividade das ações propostas, reforçando os vícios históricos da política de drogas no Brasil, caracterizados pela criminalização de grupos vulneráveis, pela exclusão social e pela ineficácia no enfrentamento dos problemas estruturais relacionados ao uso de substâncias, representando um retrocesso em termos de direitos humanos, de saúde pública e de construção democrática de políticas públicas.

4.6. Rascunho Coletivo, Estrutura Contida: O Plano Nacional 2025 como Campo de Tensão e Transformação

Em 2025 ⁴², o CONAD, por intermédio da SENAD, publicou em Diário Oficial, a abertura de consulta pública virtual para o recebimento de sugestões e contribuições à proposta do PLANAD, visando “promover a ampla participação social na elaboração, buscando coletar contribuições, sugestões e propostas” (Brasil, 2025). A iniciativa busca constituir um espaço democrático para a formulação colaborativa de um novo decreto da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), com caráter de política de Estado (Brasil, 2025).

O processo de consulta pública foi realizado por meio da plataforma Participa +Brasil (<https://www.gov.br/participamaisbrasil/>), bastando o interessado acessar o formulário, escolher os temas de seu interesse e contribuir com sugestões e comentários. Iniciado em 6 de março de 2025 e prorrogado até 16 de julho, o processo envolveu tanto contribuições virtuais quanto encontros presenciais em todas as regiões do país, incluindo cidades como Belém, Cuiabá, Teresina, Rio de Janeiro e Porto Alegre.

Os participantes da consulta pública tiveram a oportunidade de apresentar propostas específicas para cada um dos eixos temáticos previamente definidos, bem como sugerir a inclusão de novos temas considerados pertinentes à reformulação da Política Nacional sobre Drogas. No total, foram registradas 2.086 contribuições, as quais serão objeto de sistematização e análise pela Secretaria Executiva do CONAD, com vistas à elaboração de um relatório final que sintetize os principais encaminhamentos e recomendações oriundos do processo

⁴² Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/comunicado-n-1/2025/conad/senad-615697848> Acesso em 22 jul. 2025.

participativo. A estrutura da consulta foi organizada em torno de oito eixos temáticos e um campo de proposta de novos eixos; cada eixo conteve duas perguntas. O Quadro 16 sistematiza a estrutura da consulta.

Quadro 16. Eixos da consulta pública virtual para o recebimento de sugestões e contribuições à proposta do PLANAD (2025).

Eixos	Perguntas
Eixo 1 – Desenvolvimento Social e Sustentável: Desenvolvimento social e sustentável compreende ações que necessitam atender aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).	Pergunta 1 (113 respostas): Em sua opinião, quais são os principais problemas e desafios para promover o desenvolvimento social e sustentável em políticas sobre drogas? Pergunta 2 (78 respostas): Qual(is) sua(s) proposta(s) de ações ou programas para superação dos desafios apontados na pergunta anterior?
Eixo 2 – Prevenção: A prevenção é essencial em uma política sobre drogas equitativa, devendo promover acesso à informação baseadas em evidências e compatíveis com a realidade de cada grupo e territórios, com foco nos direitos humanos, especialmente para crianças e adolescentes.	Pergunta 3 (92 respostas): Em sua opinião, quais são os principais problemas e desafios para promover a prevenção em políticas sobre drogas? Pergunta 4 (68 respostas): Qual(is) sua(s) proposta(s) de ações ou programas para superação dos desafios apontados na pergunta anterior?
Eixo 3 – Redução de Danos: A redução de danos é uma abordagem essencial para proteger a saúde e os direitos das pessoas que usam drogas, focado em minimizar os efeitos associados ao uso de drogas.	Pergunta 5 (63 respostas): Em sua opinião, quais são os principais problemas e desafios para promover a redução de danos em políticas sobre drogas? Pergunta 6 (60 respostas): Qual(is) sua(s) proposta(s) de ações ou programas para superação dos desafios apontados na pergunta anterior?
Eixo 4 – Segurança Pública Cidadã e Justiça Criminal: A Segurança Cidadã foca na proteção e no respeito aos direitos humanos, promovendo a segurança das pessoas e comunidades com base na prevenção e participação ativa dos cidadãos, com o objetivo de criar ambientes seguros por meio de cooperação entre Governo e Sociedade.	Pergunta 7 (48 respostas): Em sua opinião, quais são os principais problemas e desafios para promover a segurança pública cidadã e justiça criminal em políticas sobre drogas? Pergunta 8 (39 respostas): Qual(is) sua(s) proposta(s) de ações ou programas para superação dos desafios apontados na pergunta anterior?
Eixo 5 – Acesso ao Cuidado e Sistema de Direitos: O acesso ao cuidado e aos sistemas de direitos é fundamental para uma política sobre drogas que considere a saúde e a dignidade humana. Baseada nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema de Assistência Social (SUAS).	Pergunta 9 (45 respostas): Em sua opinião, quais são os principais problemas e desafios para promover o acesso aos cuidados e aos sistemas de direito em políticas sobre drogas? Pergunta 10 (38 respostas): Qual(is) sua(s) proposta(s) de ações ou programas para superação dos desafios apontados na pergunta anterior?
Eixo 6 – Governança Participativa: A Governança e Articulação objetiva que as pessoas e comunidades afetadas participem ativamente no planejamento, na execução e na avaliação das ações.	Pergunta 11 (34 respostas): Em sua opinião, quais são os principais problemas e desafios para promover a governança participativa e articulação com os Conselhos Estaduais, Distrital e Municipais de Políticas sobre Drogas em políticas sobre drogas? Pergunta 12 (48 respostas): Qual(is) sua(s) proposta(s)

	de ações ou programas para superação dos desafios apontados na pergunta anterior?
Eixo 7 – Adoção e Implementação Baseada em Evidências: Garantir que as ações e indicadores sejam baseados e fundamentados em pesquisas científicas desenvolvidas de forma adequada.	Pergunta 13 (39 respostas): Em sua opinião, quais são os principais problemas e desafios para promover a adoção e implementação de políticas baseadas em evidências e construção de indicadores que permitam a avaliação das políticas, programas e projetos em políticas sobre drogas? Pergunta 14 (48 respostas): Qual(is) sua(s) proposta(s) de ações ou programas para superação dos desafios apontados na pergunta anterior?
Eixo 8 – Cooperação Internacional: A cooperação internacional deve estar alinhada com os direitos humanos, nos termos de Acordos e Tratados a respeito do tema.	Pergunta 15 (36 respostas): Em sua opinião, quais são os principais problemas e desafios para promover a cooperação internacional em políticas sobre drogas? Pergunta 16 (28 respostas): Qual(is) sua(s) proposta(s) de ações ou programas para superação dos desafios apontados na pergunta anterior?
Proposta de Novo Eixo	Pergunta 17 (680 respostas): Gostaria de propor mais um eixo norteador para a revisão do PLANAD?

Fonte: PLANAD, 2025.

No dia 17 de junho de 2025, representantes da sociedade civil, instituições e organizações do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo se reuniram na Fiocruz para a realização da etapa da Região Sudeste. O evento contou com a participação de membros dos Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas, incluindo a subsecretária de Prevenção à Dependência Química e presidente do conselho do Rio de Janeiro, Ana D’Arc Dutra. A reunião, que contou com 560 participantes, teve como finalidade debater sugestões e contribuições para a proposta de elaboração do PLANAD. Os participantes foram distribuídos em nove grupos correspondendo aos nove eixos apresentados no quadro 16. As propostas aprovadas nos eixos foram validadas pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e encaminhadas para a Secretaria Nacional de Políticas de Drogas e Gestão de Ativos, vinculada ao Ministério da Justiça e Segurança Pública. Apesar da proposta de construção colaborativa e da retórica de participação social, o processo de revisão da PLANAD ocorre em um terreno marcado por disputas históricas entre abordagens punitivistas e perspectivas pautadas na promoção de direitos. A abertura institucional promovida pelo CONAD e pela SENAD, embora significativa, não elimina os riscos de que a nova configuração normativa reproduza lógicas de contenção, moralização e exclusão já consolidadas em políticas anteriores. A consulta pública, nesse sentido, revela-se como um campo de tensão — onde vozes da sociedade civil, movimentos sociais e especialistas disputam espaço com interesses conservadores e estruturas institucionais resistentes à mudança.

O PLANAD 2025 pode ser compreendido como um rascunho coletivo — um esboço promissor que, embora ainda em fase de construção, sinaliza a abertura de caminhos para a reconstrução democrática das políticas sobre drogas no Brasil. A consulta pública virtual, ao reunir diversas contribuições da sociedade civil, configura-se como um exercício de escuta institucional que tensiona os limites tradicionais da formulação normativa. No entanto, esse processo de abertura ocorre dentro de uma estrutura contida, marcada por dispositivos burocráticos, interesses políticos e heranças punitivistas que ainda permeiam o campo das políticas sobre drogas. Assim, o PLANAD emerge como uma planta em disputa: seu potencial transformador dependerá da capacidade de acolher a diversidade de vozes participantes e de romper com os paradigmas excludentes que historicamente orientaram a gestão estatal sobre o tema.

4.7. Síntese e mapeamento dos fluxos -Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon - Política de Álcool e Outras Drogas no Brasil

O quadro 17 indica um mapeamento analítico dos três fluxos do Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon (*Problems / Policy / Politics*) aplicado à política de álcool e outras drogas no Brasil, com ênfase no período recente e em eventos-chave destacados nesta dissertação (2011–2025, com foco 2016–2022). O objetivo foi explicitar a dinâmica que abriu janelas de oportunidade favoráveis à reconfiguração da política (fortalecimento das Comunidades Terapêuticas —CTs—, guinada à abstinência, retração da Redução de Danos e retrocessos na Reforma Psiquiátrica) e apontar os elementos estratégicos para futuros processos de *agenda-setting*.

Quadro 17. Mapeamento analítico dos fluxos na Política de álcool e outras drogas

FLUXO	CARACTERÍSTICAS
Problemas (<i>problems stream</i>): indicadores, eventos de atenção pública e <i>feedbacks</i> institucionais que “definem” a questão das drogas como problema público urgente.	Indicadores epidemiológicos e pesquisas: • III Levantamento Nacional (Fiocruz, 2015/2017); • PeNSE (2019): início precoce do consumo entre adolescentes; • Déficits de cobertura da RAPS, denúncias de serviços insuficientes e má qualidade assistencial (subnotificação, baixa resolutividade dos CAPS). Eventos de foco / crises midiáticas e públicas; Crises midiáticas e públicas • <i>Cracolândias</i> e áreas de “emergência pública” (grandes centros) — cobertura midiática ampliada e mobilização política; • Casos de violência, mortes e denúncias em CTs publicados pela imprensa e relatórios institucionais (CFP, MNPCT, observatórios acadêmicos) — geram atenção e repúdio público; • Demandas por “respostas rápidas”: família, setores conservadores e mídia reivindicando soluções ostensivas. <i>Feedback</i> institucional e auditorias • Relatórios de fiscalização apontando irregularidades na RAPS/hospitais/CTs • Pressão sobre gestores por aumento de vagas para acolhimento e por soluções visíveis frente às crises públicas

	Contexto estrutural que agrava o problema • Aumento das desigualdades e pobreza (IBGE; dados 2021-2022), conjuntura pós-2016 (austeridade EC95), desemprego e vulnerabilidade social; • Enquadramento racial e de gênero das vítimas mais visadas pela política punitiva.
Conclusão do fluxo: os indicadores + eventos midiáticos + percepção de ineficácia da rede pública criaram um conjunto de sinais de problema que exigiam “algo” – abrindo demanda por soluções politicamente visíveis.	
Soluções(policy stream): Conjunto de alternativas técnicas, propostas e “soluções prontas” circulando no mundo das políticas – algumas foram adotadas, outras ficaram disponíveis para acoplamento	Soluções existentes e candidatas na arena técnica • Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Redução de Danos (RD): soluções técnicas e normativas alinhadas à RP; • CTs: modelo residencial baseado em abstinência, disciplina, trabalho, espiritualidade, presentes desde 2011 na RAPS – solução “operacional” para vagas de acolhimento; • Reforço de leitos psiquiátricos e hospitalares-dia; eletroconvulsoterapia (ECT) como opção terapêutica mencionada na NT 11/2019; • Medidas de segurança pública (ações repressivas ao tráfico) ou políticas mistas saúde segurança (fortalecimento da SENAD); Avaliação técnica e critérios de seleção • Viabilidade técnica: CTs são relativamente fáceis de ampliar (infraestrutura residencial), exigem menos capacitação técnica do que serviços interdisciplinares; RAPS/CAPS demandam investimento contínuo em equipes multidisciplinares; • Aceitabilidade política: CTs e medidas de internação/abstinência têm maior aceitação entre atores conservadores e parcela da opinião pública em contexto de “pânico moral”; RD e atenção territorial têm maior resistência política em momentos conservadores; • Custo político e orçamentário: diante de austeridade, soluções que mobilizem atores privados e redes religiosas (CTs) podem ser preferidas por transferirem custos. Atores produtores de soluções (policy entrepreneurs) • Ministério da Cidadania / SENAD / SENAPRED / Ministérios com agenda pró-CTs; • Bancadas parlamentares (evangélica, da segurança, etc.), organizações religiosas e redes de CTs; • Técnicos e pesquisadores (Fiocruz, universidades, especialistas em saúde pública) defendendo RAPS/RD — estes atuaram como voz técnica, mas com menor influência política no período de guinada conservadora.
Conclusão do fluxo: no “mercado” de políticas, havia tantas alternativas pró-RAPS/RD quanto propostas pró-CTs; a viabilidade política e a menor barreira de implementação das CTs as tornou candidatas fortes quando o fluxo político se alinhou.	
Político (political stream): clima político, mudanças de governo/turnover, organizações interessadas e “humor” nacional que determinam a receptividade do sistema a certas soluções.	Mudanças institucionais e turnover decisivo: • Impeachment de 2016 → mudança de correlações de forças; alternância política e crise de governabilidade; • Eleições 2018 → ascensão de governo de direita (Bolsonaro) com agenda conservadora; alteração do poder executivo e ocupação de cargos-chave. Clima/nacional mood e narrativa pública • Narrativa de ordem pública, segurança e proteção de “família e valores”: mobiliza base política conservadora; • Aumento do discurso punitivista e moralizante sobre drogas: “guerra às drogas”, retorno do enfoque em abstinência. Forças organizadas e coalizões • Bancadas no Congresso (evangélica, policial/segurança, ruralista) e redes de CTs como atores articulados; • Organizações religiosas com capacidade de mobilização e lobby; • Setores técnicos do Ministério da Saúde fragilizados por trocas constantes de gestão; ministérios e secretarias realinhadas (SENAD, MDS, etc.); • Órgãos de fiscalização, movimentos pela saúde mental e ONGs empunhando oposição mobilização pública, mas com menor peso para alterar decisão no período

	analisado. Instrumentos institucionais e orçamentários • FUNAD, editais e emendas parlamentares como meios de financiamento direcionado às CTs; • Portarias e decretos (e.g., Decreto 9.761/2019; Lei 13.840/2019) que materializam escolhas políticas.
Conclusão do fluxo: o clima político pós-2016/2018 favoreceu soluções punitivas/abstencionistas; as coalizões parlamentares e o uso de financiamento público foram usinas de implementação das CTs.	
Janela de Oportunidade: Síntese de como e quando os três fluxos convergiram para viabilizar a mudança da agenda	Linha do tempo de acoplamento (resumo) • 2011: inclusão das CTs na RAPS (Portaria 3.088/2011) — solução disponível no policy stream; ainda com menor financiamento e controvérsia. • 2015–2016: crise política (impeachment); austeridade orçamentária (EC95) — alimenta problemas (redução de serviços) e abre espaço político para soluções alternativas. • 2017–2018: aumento de recursos via FUNAD e editais; Portarias interministeriais estruturando financiamento — políticas de apoio às CTs começam a ganhar corpo. • Fev/2019: Nota Técnica nº 11/2019 (Ministério da Saúde) — conteúdo técnico-normativo que sinaliza reorientação; funciona como catalisador (focusing event dentro do policy/politics). • 2019 (Decreto 9.761/2019 e Lei nº 13.840/2019): formalização da nova PNAD e alterações legais — acoplamento final: problema (percepção de crise e demanda pública), solução (CTs como alternativa operacional) e política (governo alinhado e financiamento) convergem. • 2019–2021: forte incremento de recursos às CTs (dados de 2017–2020/2019–2020 mostram crescimento expressivo); institucionalização pela via orçamentária. Agentes chave (<i>policy entrepreneurs</i>) deste acoplamento • Secretarias e ministérios alinhados (SENAD/SENAPRED; Ministério da Cidadania), parlamentares e redes de CTs; setores da burocracia favoráveis à ampliação de leitos e internação. • Empreendedores de política ligados ao campo religioso/conservador com acesso a canais decisórios.

Fonte: Elaborado pela autora

O quadro 17 é uma peça analítica central para compreender os mecanismos que sustentaram a destruição de políticas públicas orientadas pela Reforma Psiquiátrica e, simultaneamente, a construção de um novo arranjo institucional pautado por lógicas punitivas, moralizantes e de baixa densidade técnica. Ao organizar os três fluxos — problemas, soluções e política — o quadro evidencia como indicadores epidemiológicos, crises midiáticas e pressões institucionais foram instrumentalizados para justificar respostas rápidas e visíveis, favorecendo modelos como as Comunidades Terapêuticas (CTs), que se tornaram soluções preferenciais por sua viabilidade operacional e aceitabilidade política em contextos conservadores.

A articulação entre o quadro 17 e a linha do tempo analítica que será apresentada no quadro 18 revela com nitidez como os fluxos de problema, solução e política convergiram para consolidar o paradigma proibicionista a partir de 2016. Enquanto o Quadro 18 traçará a oscilação histórica entre os modelos psicossocial e abstencionista, o Quadro 17 detalha os mecanismos concretos que permitiram essa orientação: indicadores epidemiológicos, crises midiáticas e pressões institucionais criaram um ambiente de urgência que favoreceu soluções

de rápida implementação e alta aceitabilidade política, como as Comunidades Terapêuticas (CTs).

4.7.1. Linha do Tempo Analítica – Política de Álcool e Drogas no Brasil.

O quadro 18 revela uma oscilação histórica entre dois paradigmas distintos no campo das políticas públicas sobre drogas. De um lado, o paradigma psicossocial, predominante entre 2001 e 2014, fundamenta-se na lógica da redução de danos e está intimamente vinculado à Reforma Psiquiátrica e à consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), promovendo uma abordagem humanizada e territorializada do cuidado. De outro, observa-se o fortalecimento do paradigma proibicionista, com ênfase na abstinência, que marcou os anos 1990 e ressurgiu com força a partir de 2016, centrando-se nas Comunidades Terapêuticas e em uma perspectiva policial-moralizante, frequentemente pautada pela repressão e pelo controle social. Essa alternância reflete tensões ideológicas e institucionais que moldam as estratégias de intervenção e os direitos dos sujeitos em situação de vulnerabilidade.

Quadro 18. Linha do tempo Política de Álcool e Drogas no Brasil a partir de 1988

Período	Evento / Marco Histórico	Paradigma Predominante
1988	Constituição Federal – Saúde como direito universal; abre espaço para políticas integradas.	Direito à saúde
1990	Criação do SUS; início da integração da agenda de álcool e drogas.	Universalidade e integralidade
1992-1998	Expansão das primeiras Comunidades Terapêuticas (geralmente religiosas/asilares).	Asilar / Religioso
1998	Política Nacional Antidrogas (PNAD) com viés repressivo e policial.	Proibicionista
2001	Lei nº 10.216 – Reforma Psiquiátrica: marco da desinstitucionalização.	Psicossocial / Desinstitucionalização
2003-2004	Criação dos CAPS AD (Serviços substitutivos no SUS para álcool e drogas).	Psicossocial / Redução de Danos
2006	Lei nº 11.343 (Lei de Drogas): medidas alternativas para usuários, penas duras ao tráfico.	Ambíguo (saúde x repressão)
2007	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack – prevenção, tratamento e repressão.	Paradigma Misto
2009	Programa “ <i>Crack, é possível vencer</i> ” – forte apelo midiático.	Paradigma Misto
2011	Política Nacional sobre Drogas dialoga com a RAPS, fortalece redução de danos.	Redução de Danos
2013	Expansão do programa <i>Crack</i> ; disputa entre abstinência e redução de danos.	Disputa de paradigmas
2016	Contexto pós-golpe: enfraquecimento da RAPS e fortalecimento das CTs.	Proibicionista / Abstinência
2017	Ampliação do financiamento federal para CTs.	Proibicionista / Abstinência
2019	Decreto nº 9.761: Nova PNAD – abstinência, internação compulsória, enfraquecimento da RD.	Proibicionista / Abstinência
2020-2022	Expansão do financiamento das CTs, CAPS AD perdem espaço.	Proibicionista / Abstinência
2022	Consolidação da agenda proibicionista, retrocessos frente à Reforma Psiquiátrica.	Proibicionista consolidado

Fonte: Elaborada pela autora

O quadro 17, ao detalhar os empreendedores de política, os critérios de viabilidade e os instrumentos de financiamento, mostra como se construiu um novo arranjo institucional que não apenas rompeu com o cuidado em liberdade, mas reconfigurou o campo da política de drogas como território de controle, disciplinamento e exclusão. Assim, os quadros 17 e 18 se complementam ao revelar que o que se destruiu foi um projeto de cuidado humanizado, e o que se construiu foi uma política de gestão da vida marcada pela abstinência compulsória, pela terceirização do cuidado e pela captura moral do sofrimento social.

Ao longo deste capítulo, ficou evidente que o período entre 2016 e 2022 representou não apenas um retrocesso institucional, mas um verdadeiro desmantelamento das políticas públicas de saúde mental e de álcool e outras drogas pautadas nos princípios da RP. O desmonte da RAPS, a reabilitação de modelos asilares e a reintrodução de práticas punitivas revelam um projeto político que não apenas negligenciou os direitos humanos, mas os confrontou diretamente.

Em meio a esse cenário de devastação, a abertura da consulta pública do PLANAD 2025 emerge como um gesto de reconstrução — ainda frágil, mas simbólico — que aponta para a retomada de um compromisso ético com o cuidado, a escuta e a dignidade. Situado na vertente da construção, o PLANAD 2025 representa uma tentativa de reverter os danos causados por políticas regressivas, recolocando em pauta a centralidade do sujeito e a urgência de políticas que não criminalizem a existência, mas a acolham.

É nesse cenário de ruínas e cinismo institucional que se impõe, com ainda mais força, a pergunta que dá nome a esta dissertação: O Canto dos Malditos. Mas quem são, afinal, os malditos? Seriam os corpos descartáveis, empilhados nas estatísticas da exclusão, encarcerados em nome da ordem, silenciados por políticas higienistas travestidas de cuidado? Ou seriam os que foram *mal-ditos* — rotulados, estigmatizados, desumanizados — por discursos oficiais que insistem em nomear o sofrimento como desvio e a vulnerabilidade como ameaça? Este canto não é apenas denúncia: é grito, é ruptura, é insubmissão. É o som que reverbera dos manicômios, das Comunidades Terapêuticas, dos becos e das *cracolândias*, exigindo não apenas escuta, mas reparação histórica e reposicionamento político. Ao reivindicar o que foi *mal-dito*, esta pesquisa se inscreve na contramão da lógica punitiva e segregadora e se alinha à reconstrução de uma política pública que não se curva ao moralismo, mas se ergue com ética, comprometida com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como horizonte de justiça social.

5. PRODUTO TÉCNICO/TECNOLÓGICO

A presente pesquisa traz a fundamentação teórica necessária para a elaboração de um Produto Técnico/Tecnológico (PTT) – Relatório técnico-conclusivo *Análise Situacional das Comunidades Terapêuticas na Política Nacional sobre Drogas no Brasil: Diagnóstico e Plano de Ação*. O Relatório apresenta um diagnóstico situacional bem como um plano de ação aos gestores e especialistas das diversas áreas acerca dos principais eixos de uma política de álcool e outras drogas demarcadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica (RP).

O Produto Técnico/Tecnológico (PTT) – Relatório técnico-conclusivo tem como característica ser um documento sucinto e trazer sugestões que possa enriquecer o debate das políticas públicas neste campo. Este produto terá efeitos, sobretudo no campo da Administração Pública que, por vezes, se demonstra uma área negligenciada dentro da perspectiva do tema de álcool e outras drogas.

As diretrizes do Relatório técnico-conclusivo são a formação e capacitação de equipe profissional multidisciplinar; priorização da equipe especialista em saúde mental; redução do mínimo populacional para ampliação da rede CAPS; valorização da redução de danos; revogação das normativas que estabeleçam retrocessos à RP; diálogo com outras equipes de saúde, estímulo a interdisciplinariedade. Tais diretrizes serão de grande utilidade para os gestores e responsáveis pelas formulações e implementações das políticas públicas da área do país.

As recomendações do Relatório técnico-conclusivo visam trazer a interdisciplinariedade para discussão e diversas áreas, como a educação, a assistência social, a saúde mental e outros campos da saúde, devem estar em conjunto buscando dialogar para a construção de uma política de álcool e outras drogas, que atenda os preceitos da RP.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise situacional da política de álcool e outras drogas no Brasil revela um cenário marcado por tensões entre modelos de cuidado e de controle. A política de álcool e outras drogas no Brasil tem se configurado, especialmente a partir de 2016, como um campo de disputa entre modelos de cuidado e de controle. A reorientação das diretrizes nacionais nesse período evidencia o fortalecimento de abordagens proibicionistas e abstencionistas, em detrimento das práticas de redução de danos e da lógica psicossocial que fundamenta a Reforma Psiquiátrica. Essa inflexão política e ideológica favoreceu a centralidade das CTs como resposta institucional ao uso de substâncias, frequentemente articuladas a discursos religiosos, moralizantes e securitários. As análises desenvolvidas ao longo desta pesquisa apontam que, embora apresentadas como espaços terapêuticos, as CTs têm operado como dispositivos de controle social e exclusão, especialmente de populações vulnerabilizadas.

A ascensão das Comunidades Terapêuticas se insere em uma conjuntura explicada pelo Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon (1984), no qual convergem o fluxo de problemas — marcado por crises visíveis e pressão pública —, o fluxo de soluções — com a legitimação política das CTs como alternativas de cuidado — e o fluxo político — impulsionado por mudanças governamentais, fortalecimento de coalizões conservadoras e reconfiguração dos mecanismos orçamentários. Essa convergência tem consolidado um paradigma proibicionista, que reforça práticas de isolamento e disciplinamento, frequentemente desvinculadas das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Indivíduos negros, pobres e periféricos são os principais alvos dessas políticas, sendo encaminhados compulsoriamente às CTs, muitas vezes sem consentimento informado, em processos que ignoram sua autonomia e reproduzem lógicas de contenção institucional.

A racionalidade punitiva que sustenta esse modelo é legitimada por discursos estatais e midiáticos que associam o uso de drogas à criminalidade e à ameaça à ordem pública, construindo o usuário como sujeito perigoso e incapaz de gerir sua própria vida (Henschel *et al.*, 2015). Essa narrativa reforça estigmas e invisibiliza os determinantes sociais do uso de substâncias — como pobreza, racismo, falta de acesso à saúde e à educação — transformando o sofrimento social em objeto de punição institucionalizada.

Historicamente, a política de drogas no Brasil tem oscilado entre dois paradigmas: o psicossocial, predominante entre 2000 e 2014, centrado nos CAPS AD e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e o proibicionista, com raízes nos anos 1990 e retomado com força a partir de 2016, que privilegia a abstinência como objetivo exclusivo.

Diante desse cenário, torna-se urgente reorientar a trajetória atual por meio de ações

estratégicas nas três arenas do modelo dos múltiplos fluxos. É necessário produzir evidências que problematizem os efeitos das políticas vigentes, elaborar soluções técnicas viáveis e construir coalizões políticas e de opinião capazes de abrir uma nova janela de oportunidade. Somente por meio dessa articulação será possível retomar os fundamentos da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos, reafirmando o compromisso com os direitos humanos, a saúde pública e o cuidado integral em liberdade.

Assim, reforça-se a necessidade de aprofundar o debate público sobre os rumos da política de drogas no país, pautando-se na escuta qualificada, na intersetorialidade e na resistência às lógicas de segregação e invisibilização. A construção de políticas mais justas e inclusivas depende da capacidade de reconhecer os sujeitos em sua complexidade, garantindo-lhes autonomia, dignidade e acesso a cuidados que não reproduzam estigmas, mas que promovam efetivamente a cidadania.

7. REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *De volta à cidade, sr. cidadão! — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial*. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, nov.-dez. 2018.

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

AMARANTE, Paulo. *Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira*. In: FLEURY, Sônia (org.). *Saúde e Democracia: A Luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. pp. 163-186.

AMARANTE, Paulo. *Nova Política Nacional de Saúde Mental é 'retorno à política de mercantilização da vida'*. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, 12 dez. 2018. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Nova-Politica-Nacional-de-Saude-mental-e-retorno-a-politica-de-mercantilizacao-da-vida>. Acesso em 17 jul. 2025.

AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro* / Daniela Arbex. — 1. ed. — São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. Direção: Daniela Arbex e Armando Mendz. São Paulo, SP: HBO Brasil, 2016.

AROUCA, Sergio. *Sanitarismo*. Biblioteca Virtual Fiocruz. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em 19 jul. 2023.

BAGGOTT, Rob. *Health policy and politics: networks, ideas and power*. London: Palgrave Macmillan, 2002.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro *et al.* (Org.). *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 26 jul. 2024.

BARRETTO, Leandro Dominguez *et al.* *Comunidades Terapêuticas no Brasil: uma revisão de escopo entre 2001 e 2021*. Revista Psicologia Política, São Paulo, v. 24, 2024. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2024000101405. Acesso em: 5 ago. 2025.

BARRETO, Lima. *Os bruzundangas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fundação Darcy Ribeiro, 2013. (Coleção Biblioteca Básica Brasileira).

BARRETO, Lima. *O cemitério dos vivos*. 1. ed. São Paulo: Editora Planeta, 2017.

BENIRSCHKE, Luana Ferreira Braga; LIMA, Claudia Henschel de; NASCIMENTO, Delma Silveira do. *Avanços e regressões na reforma psiquiátrica: o modelo de kingsdon na*

análise da política de saúde mental no brasil. Revista Contemporânea, [S. l.], v. 5, n. 8, p. e8871, 2025. DOI: 10.56083/RCV5N8-060. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/8871>. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=L10216&text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. Acesso em: 19 mai. 2023.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 21 mai. 2023.

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. *Plano Nacional sobre Drogas (PLANAD)*. Brasília: GSI, 2022. Disponível em https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/planad_set_2022.pdf. Acesso em 10 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017*. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2663_16_10_2017.html. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1315, de 11 de março de 2018*. Habilita Estados a receberem Incentivo Financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1315_16_05_2018.html. Acesso em: 21 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN n. 11/2019*. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 2019a. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em 30 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental*.

Brasília: Ministério da Saúde, 1987. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relac_final.pdf Acesso em 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 10, ano VI, nº 10*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-10-marco-de-2012#:~:text=Ano%20VII%2C%20n%C2%BA%2010%2C%20mar%C3%A7o,...>. Acesso em 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Histórico da PNAD*. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/historico-da-pnad>. Acesso em: 02 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça. Gabinete do Ministro. *Resolução CONAD nº 1, de 9 março de 2018*. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acao-a-informacao/legislacao/resolucao/resolucao-conad-no-1-de-9-de-marco-de-2018.aspx>. Acesso em: 20 jul. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 14 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018*. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acesso em 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.028, de 1 de julho de 2005*. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html Acesso em: 09 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 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. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 09 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 562 de 19 de março de 2019*. Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-562-de-19-de-marco-de-2019-67753613>. Acesso em: 09 jul. 2023.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria nº 544, de 7 de maio de 2018*. Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, n. 117, p. 31, quarta-feira, 20 jun. 2018g. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt0544_20_06_2018.html. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 20 mai. 23.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.html. Acesso em 20 jul. 23.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021*. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera as Leis nºs 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivos das Leis nºs 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e 12.249, de 11 de junho de 2010; e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp187.htm. Acesso em 20 jul. 23.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas *Política Nacional Antidrogas*. D.O.U. Nº 165-27.08.2002 Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001. Acesso em 30 nov. 23.

BODANZKY, Laís. *Bicho de sete cabeças*. São Paulo, SP, 2000. Buriti Filmes; Gullane Filmes; Dezenove Som e Imagem e Fabrica Cinema – Itália.

BUENO, Austregésilo Carrano. *Canto dos Malditos*. Curitiba: Scientia et Labor, 1990.

CANÇADO, Maura Lopes. *Hospício é Deus: Diário I*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. *Formulação de políticas públicas*. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (Enap), 2018. 152 p. (Coleção Governo e Políticas Públicas).

CAPELLA, Ana C. N. *Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas*. In: HOCHMAN, G. et al. (Org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro:

Fiocruz, 2007.

CATOIA, A. *A produção discursiva do racismo: Da escravidão à criminologia positivista*. DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 259-278, maio/ago. 2018.

CERQUEIRA, Luiz. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

CONECTAS (Conectas Direitos Humanos); CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento). Financiamento público de Comunidades Terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020. São Paulo: CONECTAS, 2021. Disponível em <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em 25 fev. 2025.

CNM (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS) (CNM). *Redução no orçamento da assistência social compromete futuro do Suas*. Brasília, 2017. Estudos técnicos.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Nova lei sobre drogas amplia internação involuntária e deverá prejudicar pessoas em situação de vulnerabilidade social*. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/nova-lei-sobre-drogas-amplia-internacao-involuntaria-e-devera-prejudicar-pessoas-em-situacao-de-vulnerabilidade-social/>. Acesso em: 04 mai. 2025.

CORREIA, Ludimila Cerqueira. *A implementação do departamento de apoio às Comunidades Terapêuticas frente aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. In: PASSOS, Rachel Gouveia; PRUDENCIO, Juliana Desiderio Lobo; GOMES, Tathiana Meyre da Silva; ESPÍRITO SANTO, Tiago Braga do (org.). *Comunidades Terapêuticas no Brasil: entraves e desafios para a atenção psicossocial*. São Paulo: Hucitec, 2024. p. 46-55.

CORREIA, Ludmila C.; MARTINS, Laércio; REQUIÃO, Maurício. *À beira do abismo e ao encontro do absurdo: considerações sociojurídicas sobre a Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN n. 11/2019 do Ministério da Saúde*. Revista Jurídica (FURB), Blumenau, v. 23, n. 50, jan./abr. 2019. Disponível em: <<https://proxy.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/view/7918>>. Acesso em: 17 jul. 2025.

CORREIA, Mariama. *Entidades cristãs receberam quase 70% da verba federal para Comunidades Terapêuticas no primeiro ano de governo Bolsonaro*. Jornal Publica. Agência de jornalismo investigativo, 2020. <https://apublica.org/2020/07/entidades-cristas-receberam-quase-70-da-verba-federal-para-comunidades-terapeuticas-no-primeiro-ano-de-governo-bolsonaro/#>. Acesso em 29 ago. 2025.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da. *Comunidades Terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização*. Serviço Social em Debate, Carangola, v. 3, n. 2, p. 22-39, 2021.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da. *Políticas sobre drogas no Brasil e os moinhos de gastar gente*. In: *Psicologia e Políticas Sociais: Conservadorismo em tempos de capital-barbárie* p.63-74, 2022.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da. *Qual o custo das Comunidades Terapêuticas no Distrito Federal?* In: PASSOS, Rachel Gouveia; PRUDENCIO, Juliana Desiderio Lobo; GOMES, Tathiana Meyre da Silva; ESPÍRITO SANTO, Tiago Braga do (org.). *Comunidades Terapêuticas no Brasil: entraves e desafios para a atenção psicossocial*. São Paulo: Hucitec, 2024.

CPF (Conselho Federal de Psicologia). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017* / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018 Disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf Acesso em 01 mar. 2025.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019*. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2022. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/772>. Acesso em: 22 jul. 2025.

CZERMAINSKI, Fernanda Ribeiro Siqueira. *A formação da agenda de políticas públicas de saúde no Brasil: o modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon*. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 517–539, 2009

DAVID, Emiliano de Camargo; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. *Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Saúde em Debate, v. 44, n. spe3, p. 264–277, out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pD3P9BXWjVWns4VKfL6jr4s>. Acesso em 14 abr. 2025.

DOMANICO, Andrea. *História, conceitos e princípios da redução de danos*. In: FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza; DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira (Org.). *Redução de danos: conceitos e práticas – material comemorativo aos 30 anos de redução de danos no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP); Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2018. p. 5–15. ISBN 978-85-62377-21-1 (online).FEBRACT. Manual para elaboração e encaminhamento de documentos para credenciamento no Edital nº 08/2023. Disponível em <https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2023/11/EDITAL-DE-CREDENCIAMENTO-P%C3%9ABLICO.pdf> Acesso em 10 mar. 2025.

FRENTE DA SAÚDE MENTAL. *Raio X das Comunidades Terapêuticas*, 2023. Disponível em: <https://www.frentedasaudemental.com.br>. Acesso em 25 jul. 2024.

FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território, População*. Curso dado no Collège de France. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Tradução de Raquel Ramallete. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

G1. PSDB pede ao TSE auditoria para verificar 'lisura' da eleição. 30/10/2014. Disponível em <https://g1.globo.com/politica/noticia/2014/10/psdb-pede-ao-tse-auditoria-para-verificar-lisura-da-eleicao.html>. Acesso em 29 ago. 2025.

GADELHA, Priscilla. *A escuta dos territórios e a complexidade das vidas afetadas pelas políticas de drogas*. Maconhometro Debate, episódio #40, Cannabis Monitor, 17 abr. 2025. Disponível em: <https://cannabismonitor.com.br/plano-nacional-de-politicas-sobre-drogas-em-debate>. Acesso em: 25 jul. 2025.

GIL, Antônio Carlos, 1946 - *Como elaborar projetos de pesquisa*/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002.

GOMES, Tathiana Meyre da Silva; MONTEIRO, Alana Pierre; ABREU, Izabela dos Santos. *Apontamentos sobre Política de Drogas, RAPS e Comunidades Terapêuticas no estado do Rio Grande do Sul*. In: PASSOS, Rachel Gouveia; PRUDENCIO, Juliana Desiderio Lobo; GOMES, Tathiana Meyre da Silva; ESPÍRITO SANTO, Tiago Braga do (org.). *Comunidades Terapêuticas no Brasil: entraves e desafios para a atenção psicossocial*. São Paulo: Hucitec, 2024. p.183-198.

GOTTEMS, Lílían Bezerra de Deus *et al.* *O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 511–520, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200020>.

HENSCHER DE LIMA, Claudia. *et al.* (2015). *A Política Nacional para Álcool, crack e outras drogas no Rio de Janeiro e o retorno da racionalidade punitiva*. Passagens: Revista Internacional De História Política e Cultura Jurídica, 7(3), 582-598. <https://doi.org/10.15175/1984-2503-20157308> Acesso em 20 jun. 2023.

HENSCHER DE LIMA, Claudia *et al.* *A Política Pública para a Direção de Tratamento às Psicopatologias no Brasil: Do Modelo Manicomial aos Centros de Atenção Psicossociais*. 2012. Disponível em https://arquivo.anpad.org.br/diversos/down_zips/63/2012_APB1918.pdf Acesso em 15 jul de 2024.

HENSCHER DE LIMA, Claudia.*et al.* *A supervisão clínico-institucional como dispositivo de qualificação na Atenção Psicossocial: uma experiência de parceria com a Universidade*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 29, n. 3, p. e290314, 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde escolar. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ; 2019. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101852> Acesso em 10 de jul. 2024.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pessoas Pretas e pardas continuam com menor acesso a emprego, educação, segurança e saneamento*; 11 de nov. 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35467-pessoas-pretas-e-pardas-continuam-com-menor-acesso-a-emprego-educacao-seguranca-e-saneamento>. Acesso em 10 de jul. 2024.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Perfil das Comunidades Terapêuticas brasileiras*. Brasília: 2017. (Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN , n. 21). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf Acesso em 03 mar

de 2025.

HIRDES, A.. *A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 297–305, jan. 2009.

KILDUFF, Fernanda. *Seletividade punitiva, racismo e superencarceramento no Brasil*. *Vértices*, v. 22, edição especial, p. 787-804, 2020. Disponível em: Revista Vértices – IFF. <https://editoraessentia.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/15818>. Acesso em: 25 jul. 2025.

KINGDON, J. W. (1984). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston, MA: Little, Brown and Company.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LOBATO, Lenaura. *Algumas considerações sobre a representação de interesses no processo de formulação de políticas públicas*. In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (Orgs.). *Políticas públicas: coletânea*. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), 2006. p. 113–141.

LOUZADA DUARTE, Ana Cristina; TEIXEIRA GARCIA, Maria. *História da Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma trajetória em construção*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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*, v. 14, n. 3, p. 801–821, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/fmMpJSxrL6wNT8B3KkcB3Bj/?lang=pt> Acesso em 02 abr. 2025.

MACHADO, Cristiani Vieira. *Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 20, n. 1, p. 521–532, 2006.

MALHEIRO, Luana. *Participação social e disputa simbólica no Plano Nacional de Políticas sobre Drogas*. *Maconhometro Debate*, episódio #40, Cannabis Monitor, 17 abr. 2025. Disponível em: <https://cannabismonitor.com.br/plano-nacional-de-politicas-sobre-drogas-em-debate>. Acesso em: 25 jul. 2025.

MATOS, Anna Carolina Vidal. *A dialética da redução de danos como projeto ético-político para outro projeto societário* / Anna Carolina Vidal Matos. - Natal, 2023.

MEDEIROS, Katrucky Tenório, MACIEL, Silvana Carneiro; SOUSA, Patrícia Fonseca de. *A Mulher no Contexto das Drogas: Representações Sociais de Usuárias em Tratamento*. *Paidéia* (Ribeirão Preto), v. 27, p. 439–447, 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/j/paideia/a/cKXRQtBR3N7Sf6Wmp5TjPYQ>. Acesso em 30 mar. 2025.

MENDES, Kíssila Teixeira, RONZANI, Telmo Mota; PAIVA, Fernando Santana de. *População em situação de rua, vulnerabilidades e drogas: uma revisão sistemática*. *Psicologia*

& Sociedade, v. 31, p. e169056, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/psoc/a/N9kcMm76dkJ8nrBWFhZtvfq/?lang=pt#> Acesso em 26 jul. 2024.

MENDONÇA, Carolina. *O manicômio e a ditadura: a história esquecida da Casa de Saúde Dr. Eiras*. Revista Badaró, 2022. Disponível em <https://www.revistabadaro.com.br/os-patios-da-ditadura-a-saude-mental-durante-o-regime-militar>. Acesso em 12 ago. 2025.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Perspectivas teóricas e metodológicas na análise de políticas públicas: usos e abordagens no Brasil*. Revista Política Hoje, Recife, v. 27, n. 1, p. 42–55, 2018. Disponível em: Revista Política Hoje – UFPE <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/239108> . Acesso em: 25 jul. 2025.

MINAYO, Maria Cecília. *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 17(3), p.621-626, 2011.

MONTEIRO, Cirlei Fernandes. A inserção da saúde mental na atenção básica: um estudo de caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 117–123, 2006.

MOREIRA, Daiana de Jesus; BOSI, Maria Lucia Magalhães. *Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290205, 2019. Disponível em: SciELO Brasil. Acesso em: 17 jul. 2025.

NEDER, Gizlene. *A Casa de Correção do Rio de Janeiro: um estudo sobre a prisão na Corte Imperial*. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Cultura, 2002.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. *Eletroconvulsoterapia (ECT) / Eletrochoque: A produção de evidências sobre seu uso, eficácia e eficiência*. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, [S. l.], v. 11, n. 28, p. 46–68, 2019. DOI: 10.5007/cbsm.v11i28.69772. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69772>. Acesso em: 05 ago. 2025.

ONU BR – NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL – ONU BR. *A Agenda 2030*. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030>. Acesso em: 26 jul. 2024.

ONU BR – NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL – ONU BR. *World Drug Report 2024*. Viena: Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>. Acesso em: 25 set. 2025.

PASSOS, Rachel Gouveia; et al. *Não deis lugar ao diabo: o avanço das Comunidades Terapêuticas e a disputa pelo fundo público na Política Nacional de Assistência Social*. In: PASSOS, Rachel Gouveia; PRUDENCIO, Juliana Desiderio Lobo; GOMES, Tathiana Meyre da Silva; ESPÍRITO SANTO, Tiago Braga do (org.). *Comunidades Terapêuticas no Brasil: entraves e desafios para a atenção psicossocial*. São Paulo: Hucitec, 2024. p. 56-73.

PASSOS, Rachel Gouveia; *Holocausto ou Navio Negreiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira/Holocaust or "The Ship Negreiro?": concerns for the Brazilian Psychiatric Reform*. Argumentum, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 10–23, 2018. DOI: [10.18315/argumentum.v10i3.21483](https://periodicos.ufes.br/argumentu). Disponível em <https://periodicos.ufes.br/argumentu>

[m/article/view/21483](#). Acesso em: 31 jul. 2025.

PATROCÍNIO, Stela do. *Reino dos bichos e dos animais é meu nome. Organização de Viviane Mosé. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2001.*

PAULA, Tadeu. *O devir negro da luta antimanicomial: sobre Pombagira e as tecnologias ancestrais do povo de rua*. In: PASSOS, Rachel Gouveia; PRUDENCIO, Juliana Desiderio Lobo; GOMES, Tathiana Meyre da Silva; ESPÍRITO SANTO, Tiago Braga do (org.). *Comunidades Terapêuticas no Brasil: entraves e desafios para a atenção psicossocial*. São Paulo: Hucitec, 2024. p. 23-45.

PLATAFORMA BRASILEIRA DE POLÍTICA DE DROGAS (PBPD). *Cuidado e atenção a pessoas que usam drogas na pandemia*. São Paulo: PBPD, 2022. Disponível em: <https://pbpd.org.br/publicacao/cuidado-e-atencao-a-pessoas-que-usam-drogas-na-pandemia>. Acesso em: 25 jul. 2025.

PINHEIRO, Caliandra Machado.; NUNES, Mônica. *Tratamento para mulheres que usam drogas: uma crítica sob a perspectiva do feminismo decolonial*. Psicologia & Sociedade, v. 35, p. e259943, 2023. Disponível em <https://www.scielo.br/j/psoc/a/PGNhjCGGfRb7qGF3hVYLd7b/abstract/?lang=pt>. Acesso em 05 abr. 2025.

PRUDENCIO, Juliana Desiderio Lobo et al. *Relatório realizado pelo Ministro da Saúde para a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério*. In: PASSOS, Rachel Gouveia; PRUDENCIO, Juliana Desiderio Lobo; GOMES, Tathiana Meyre da Silva; ESPÍRITO SANTO, Tiago Braga do (org.). *Comunidades Terapêuticas no Brasil: entraves e desafios para a atenção psicossocial*. São Paulo: Hucitec, 2024. p. 166–182.

PRUDENCIO, Juliana Desiderio Lobo; SENNA, Mônica de Castro Maia. *Política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas: retrocessos nas concepções, desenho e financiamento*. Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea, [S. l.], v. 20, n. 49, 2022. DOI: 10.12957/rep.2022.63449. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/63449>. Acesso em: 31 ago. 2025.

RAMMINGER, Tatiana; NADER, Ricardo. *As conferências de saúde mental e a construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965–974, 2007.

RATTON, Helvécio. *Em nome da razão*. Barbacena, Brasil. outubro 1979.

RESENDE, Noelle; *Marco normativo das CTS no BR: Disputas de sentido e nós jurídicos*. In RUI, T. & FIORE, M. (editores). Working Paper Series: Comunidades Terapêuticas no Brasil. Brooklyn: Social Science Research Council, 2021 p. 8-28.

RODRIGUES, Luzania Barreto. *Entre leis, moralidades e éticas: direitos humanos, usuário de drogas e política de redução de danos*. Saúde e Sociedade [online]. v. 34, n. 1, e240445pt. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902025240445pt>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902025240445pt>. Acesso em 31 ago. 2025.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. *Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação*.

Cadernos de Saúde Pública, v. 32, n. 12, p. e00194316, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jXPKhnYnvR4BtZ4LcHDkm4M>. Acesso em 30 jan. 2025.

RUA, Maria das Graças. *Políticas públicas*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009;

RUI, Taniele; FIORE, Mauricio. *O fenômeno das Comunidades Terapêuticas no Brasil: experiências em zonas de indeterminação*. In RUI, T. & FIORE, M. (editores). Working Paper Series: Comunidades Terapêuticas no Brasil. Brooklyn: Social Science Research Council, 2021. Disponível em: <https://www.ssrc.org/publications/working-paper-series-comunidades-terapeuticas-no-brasil>. Acesso em: 5 ago. 2025.

SARAVIA, Enrique. *Introdução à teoria da política pública*. In: SARAVIA, Elisabete.; FERRAREZI, E.(org). *Políticas públicas; coletânea*. Brasília: ENAP, 2006. p. 15–40.

SARAIWA, Enrique. *Política pública: dos clássicos às modernas abordagens. Orientações para leitura*. In: SARAIWA, Enrique.; FERRAREZI, Elisabete. (orgs.). *Políticas públicas, coletânea*. V.1. Brasília: ENAP, 2007;

SECCHI, Leonardo. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SICA, Leonardo. *Funções manifestas e latentes da política de war on drugs*. In: REALE JÚNIOR, Miguel (Coord.). *Drogas: aspectos penais e criminológicos*. Rio de Janeiro: Forense, 2005. p. 151–168.

SOLANO, Esther; ROCHA, Camila. *O conservadorismo e as questões sociais*. São Paulo: Fundação Tide Setúbal; Plano CDE, 2019. Disponível em: <https://conteudo.fundacaotidesetubal.org.br/downloadconservadorismo>. Acesso em: 5 ago. 2025.

SOUZA, Anny Mikaelly Gomes et al. *Políticas de saúde mental e drogas em Pernambuco: Qual o lugar das Comunidades Terapêuticas?* In: PASSOS, Rachel Gouveia; PRUDENCIO, Juliana Desiderio Lobo; GOMES, Tathiana Meyre da Silva; ESPÍRITO SANTO, Tiago Braga do (org.). *Comunidades Terapêuticas no Brasil: entraves e desafios para a atenção psicossocial*. São Paulo: Hucitec, 2024. p. 113-131.

SOUZA, Celina. *Políticas públicas: uma revisão da literatura*. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20–45, jul./dez. 2006.

SOUZA, Tadeu de Paula; PASSOS, Eduardo Henrique. *Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”*. Psicologia & Sociedade, v. 34, 2022.

VIEIRA, Erica dos Santos - *Estudo compreensivo sobre adolescentes usuários de crack, seus familiares e atuação dos serviços de atenção: o caso da equipe de referência infanto-juvenil para ações de atenção ao uso de álcool e outras drogas em Niterói, RJ*. 2013.

VIEIRA, João; BUENO, Helena. *A Política Nacional de Saúde Mental e o Modelo dos Múltiplos Fluxos*. 2025.

WEBER, Renata. *O financiamento público de Comunidades Terapêuticas: gastos federais entre 2010 e 2019*. In RUI, T. & FIORE, M. (editores). Working Paper Series: Comunidades Terapêuticas no Brasil. Brooklyn: Social Science Research Council, 2021 p. 29-44.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. *Manual de direito penal brasileiro: parte geral*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

ZAHARIADIS, Nikolaos. *The multiple streams framework: structure, limitations, prospects*. In: SABATIER, Paul A. (Ed.). Theories of the policy process. Boulder: Westview Press, 2007. p. 65–92.

ANEXOS

ANEXO 1.

**Levantamento das Comunidades Terapêuticas no Brasil
(Frente da Saúde Mental, 2023)**

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
1	ASSOCIAÇÃO JOÃO VITOR RODRIGUES LIMA - ABEJOVI	2018	SP
2	ASSOCIAÇÃO CASA DA SERENIDADE	2018	MG
3	CASA DE REINTEGRAÇÃO SOCIAL - NOVA VIDA	2018	BA
4	COMUNIDADE DE RECUPERAÇÃO NOVA VIDA	2018	SP
5	ASSOCIAÇÃO NÚCLEO DE APOIO E RECUPERAÇÃO DA VIDA NAREV	2018	MG
6	ASSOCIAÇÃO DE APOIO E RECUPERAÇÃO DE DEPENDENTES QUÍMICOS DE ITAÚNA	2018	MG
7	ASSOCIAÇÃO DE ACOLHIMENTO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS CAMINHO DA PAZ	2018	SP
8	COMUNIDADE TERAPÊUTICA BOM PASTOR	2018	MG
9	CTNV - COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA VIDA	2018	AL
10	ASSOCIAÇÃO PAZ EM CRISTO	2018	AL
11	ASSOCIAÇÃO DE ACOLHIMENTO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS DIVINO PAI ETERNO	2018	AL
12	ONG - SALVE A SI	2018	GO
13	ASSOCIAÇÃO CASA ÁGAPE	2018	SP
14	GRUPO DE GRANDES AMIGOS EM CRISTO	2018	RS
15	COMUNIDADE TERAPÊUTICA VALE A PENA VIVER - MATRIZ	2018	RS
16	CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ESPERANÇA - CERENE PALHOÇA	2018	SC
17	CRUZ AZUL DE PANAMBI - CENTRO DE REABILITAÇÃO	2018	RS
18	ASSOCIAÇÃO AGAPE	2018	CE
19	CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ESPERANÇA - CERENE LAPA	2018	PR
20	CENTRO DE RECUPERAÇÃO VIDA NOVA - CERVIN	2018	PR
21	ASSOCIAÇÃO RENOVAR - CENTRO DE APOIO E RECUPERAÇÃO	2018	SP
22	COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA ESPERANÇA - COTENEC	2018	MS
23	ASSOCIAÇÃO CENTRO ESPECIALIZADO EM PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO DE DEPENDENTES QUÍMICOS - ACEPRED	2018	DF
24	COMUNIDADE TERAPÊUTICA MORADA DA LIBERDADE	2018	RS
25	CENTRO DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO DE VIDAS DE ITATIBA - DESAFIO JOVEM	2018	SP

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
26	ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA DE RECUPERAÇÃO NOVO CAMINHO	2018	MG
27	GRUPO DE AUXÍLIO E ORIENTAÇÃO A DEPENDENTES QUÍMICOS E FAMILIARES LEVANTA DE NOVO	2018	MG
28	FUNDAÇÃO PADRE GABRIEL CORRER	2018	SP
29	CASA DE RESTITUIÇÃO SHALOM CARES	2018	AL
30	ASSOCIAÇÃO TESHUVÁ	2018	SP
31	DESAFIO JOVEM DE BRASILIA	2018	DF
32	ASSOCIAÇÃO RENASCER PARA A VIDA	2018	MG
33	COMUNIDADE TERAPÊUTICA FAZENDINHA IRMÃ ERLINDA	2018	MG
34	PROJETO FAZENDO A DIFERENÇA - FAZDI	2018	PR
35	ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE JOÃO VITOR RODRIGUES DE LIMA - ABEJOVI	2018	SP
36	ONG DOM VALÉRIO BREDÁ - CASA DO BOM SAMARITANO	2018	AL
37	ASSOCIAÇÃO PADRE HAROLDO RAHM	2018	SP
38	ASSOCIAÇÃO TERAPÊUTICA SÍTIO CAMINHO NOVO	2018	SC
39	GILEADE COMUNIDADE TERAPÊUTICA	2018	MS
40	ASSOCIAÇÃO DE PROMOÇÃO E APOIO INTEGRAL AO INDIVÍDUO	2018	BA
41	ASSOCIAÇÃO MISSIONÁRIA RESGATANDO VIDAS	2018	PA
42	FAZENDA KERYGMA	2018	AL
43	C.T.L.SP - CENTRO DE TRATAMENTO LAURA PALOMBO	2018	MG
44	ONG MARIA BONITA	2018	CE
45	FUNDAÇÃO FREI ANONINO PUGLISI	2018	MG
46	ASSOCIAÇÃO NÚCLEO DE APOIO A TOXICOMANO E ALCOÓLATRAS - FAZENDA AGUA VIVA	2018	MG
47	CENTRO HOLÍSTICO DE ESTUDOS E RECUPERAÇÃO EM DEPENDÊNCIAS FÍSICAS E OU PSICOLÓGICAS - CENTROHERD CASA 02	2018	MG
48	CENTRO DE RECUPERAÇÃO ALCOOL E DROGAS DESAFIO JOVEM MAANAIM	2018	MG
49	CENTRO HOLÍSTICO DE ESTUDOS E RECUPERAÇÃO EM DEPENDÊNCIAS FÍSICAS E OU PSICOLÓGICAS - CENTROHERD	2018	MG
50	REENCONTRO - CENTRO DE TRATAMENTO PARA DEPENDENTES DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS	2018	SP
51	COMUNIDADE TERAPÊUTICA CAVERNA DE ADULÃO - CTCA	2018	MG
52	CENTRO DE ACOLHIMENTO MÃE DA GRAÇA	2018	AL
53	ASSOCIAÇÃO CULTURAL E SOCIAL MÃOS DE ALAGOAS	2018	AL

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
54	FUNDAÇÃO ROSA MÍSTICA	2018	AL
55	ASSOCIAÇÃO DIVINA MISERICORDIA - NOVA JERICÓ - RANCHO JOÃO BOSCO	2018	AL
56	ASSOCIAÇÃO DIVINA MISERICÓRDIA	2018	AL
57	ENTIDADE DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO SOCIAL LINDONJONSON DE ALMEIDA	2018	AL
58	ASSOCIAÇÃO PADRE LEONARDO NUNES	2018	SP
59	NÚCLEO DE AÇÃO SOCIAL LUZ A VIDA	2018	SP
60	ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE ÁGUAS NOVAS	2018	MG
61	CENTRO TERAPÊUTICO CRISTÃO SALVA VIDAS	2018	SP
62	ASSOCIAÇÃO SANT ANA	2018	SP
63	IVVI - INSTITUTO VALORIZAÇÃO DA VIDA DE ITUVERAVA	2018	SP
64	CENTRO DE RECUPERAÇÃO CONQUISTA – FEMININO	2018	SP
65	CENTRO DE RECUPERAÇÃO CONQUISTA - MASCULINO	2018	SP
66	SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO JOÃO BATISTA	2018	SP
67	ASSISTÊNCIA SOCIAL O BOM SAMARITANO	2018	SP
68	MISSÃO JESUS É LUZ	2018	SP
69	C.A.D.A. - CASA DE APOIO AO DROGADO E AO ALCOOLATRA	2018	MG
70	ASSOCIAÇÃO CASA DO SENHOR JESUS	2018	SP
71	DESAFIO JOVEM EBENEZER - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	2018	SP
72	ASSOCIAÇÃO CAMINHO DA SOBRIEDADE	2018	MG
73	CENTRO DE RECUPERAÇÃO ESQUADRÃO RESGATE DE JUAZEIRO - CRERJ	2018	BA
74	DESAFIO JOVEM DE MANAUS	2018	AM
75	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA SÃO PEREGRINO	2018	AC
76	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA SÃO GUIDO MARIA CONFORTI	2018	PA
77	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA DA ESPERANÇA NOSSA SENHORA DE GUADALUPE	2018	RR
78	OBRA SOCIAL N. S. DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA NOSSA SENHORA DE NAZARÉ	2018	PA
79	FAZENDA DA ESPERANÇA SÃO MIGUEL	2018	SE
80	OBRA SOCIAL N. S. DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA SANTA FAUSTINA	2018	PI
81	OBRA SOCIAL N. S. DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA SENHOR DO BONFIM	2018	TO
82	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA A GLÓRIA	2018	AL

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
	FAZENDA ESPERANÇA SANTA TEREZINHA		
83	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA ESPERANÇA O. S. N. S. G FAZENDA DA ESPERANÇA SANTA ROSA	2018	PE
84	COMUNIDADE TERAPEUTICA FAZENDA DE RECUPERAÇÃO NOVO CAMINHO	2018	MG
85	SER SERVIÇO EVANGÉLICO DE REABILITAÇÃO - MACULINO	2018	MG
86	SER SERVIÇO EVANGÉLICO DE REABILITAÇÃO - FEMININO	2018	MG
87	AMAR - ASSOCIAÇÃO MANHUMIRIENSE DOS AMIGOS REUNIDOS	2018	MG
88	IVC - INSTITUTO VOLTA AO CAMINHO	2018	CE
89	CASA DE RECUPERAÇÃO ÁGUA DA VIDA CRAVI	2018	PR
90	ACTA - ASSOCIAÇÃO E COMUNICAÇÃO DO TRATAMENTO DO ALCOOLISMO E DEPENDENTES QUÍMICOS	2018	PR
91	COMUNIDADE NOVA JERUSALÉM	2018	MG
92	CRER COMUNIDADE TERAPÊUTICA FAZENDA SÃO FRANCISCO	2018	RS
93	COMUNIDADE TERAPÊUTICA MÃE DA VIDA	2018	SP
94	ASSOCIAÇÃO DIVINA MISERICÓRDIA - NOVA JERICÓ	2018	AL
95	ASSOCIAÇÃO PAPA JOÃO XXIII NO BRASIL	2018	PA
96	CASA DA ESPERANÇA - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA E RECUPERAÇÃO DE DEPENDENTES QUÍMICOS	2018	MS
97	SECRETARIADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE JUVENÓPOLIS - CASA BETANIA	2018	AL
98	SECRETARIADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE JUVENÓPOLIS	2018	AL
99	DESAFIO JOVEM EBENÉZER	2018	SP
100	ASSOCIAÇÃO GRUPO SARAI	2018	MG
101	DESAFIO JOVEM EBENÉZER	2018	RJ
102	OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE GOIAS	2018	GO
103	SÃO MIGUEL ARCANJO - CATSNA	2018	PE
104	COMUNIDADE TERAPÊUTICA PROJETO RESGATE - COTEPRE	2018	MA
105	INSTITUTO ACONCHEGO	2018	BA
106	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - FAZENDA DA ESPERANÇA DOM FRANCO MASSERDOTTI	2018	MA
107	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - FAZENDA DA ESPERANÇA MADRE TEREZA DE CALCUTÁ	2018	MA
108	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA	2018	SE

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
	FAZENDA DA ESPERANÇA DOM MÁRIO RINO SIVIERI		
109	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - FAZENDA DA ESPERANÇA DOM JOSE DE MEDEIROS DELGADO	2018	RN
110	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA - MÃE DA DIVINA PROVIDÊNCIA	2018	TO
111	CASA DA PAZ - COMUNIDADE TERAPÊUTICA DE APOIO AO DEPENDENTE QUÍMICO E TÓXICO	2018	SP
112	ASSOCIAÇÃO JESUS FONTE DE AGUA VIVA DE TAQUARITINGA - SP	2018	SP
113	LAR SANTA TEREZINHA AMOR E VIDA	2018	SP
114	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA SÃO FRANCISCO	2018	MG
115	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA ESPERANÇA SÍTIO LIBERDADE	2018	RJ
116	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - FAZENDA DA ESPERANÇA NOSSA SENHORA DA ESPERANÇA	2018	TO
117	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - FAZENDA DA ESPERANÇA SANTA CLARA	2018	PA
118	COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVO SINAI	2018	SP
119	DESAFIO JOVEM EBENEZER - SEROPEDICA	2018	RJ
120	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - FAZENDA DA ESPERANÇA SAGRADA FAMÍLIA	2018	CE
121	SERVIÇO DE AÇÃO SOCIAL DE INTEGRAÇÃO, EDUCAÇÃO E QUALIDADE	2018	SC
122	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - FAZENDA DA ESPERANÇA DOM BOSCO	2018	RN
123	FUNDAÇÃO TERAPÊUTICA MONTE TABOR	2018	PI
124	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - FAZENDA DA ESPERANÇA SÃO JOSÉ	2018	CE
125	GRUPO DE REABILITAÇÃO NOVA VIDA	2018	RS
126	GRUPO DE ASSISTÊNCIA À DEPENDÊNCIA QUÍMICA NOVA AURORA FEMININO E MASCULINO - COMUNIDADE NOVA ESPERANÇA	2018	SP
127	CRER COMUNIDADE TERAPÊUTICA FAZENDA SÃO FRANCISCO	2018	RS
128	CENTRO DE AÇÃO SOCIAL - CASA DO OLEIRO	2018	SP
129	COMUNIDADE TERAPÊUTICA FILHOS DO REI	2018	MG
130	DESAFIO JOVEM DE SANTO ANDRÉ	2018	SP
131	RANCHO PENIEL	2018	PE
132	INSTITUTO LUGAR DE AJUDA PROJETO RENASCER MASCULINO	2018	MA
133	INSTITUTO LUGAR DE AJUDA	2018	MA

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
134	COMUNIDADE TERAPÊUTICA ATOS	2018	CE
135	ASSOCIAÇÃO SAGRADA FAMÍLIA - ASSAF	2018	MG
136	INSTITUTO MÃE RAINHA	2018	AL
137	CENTRO DE REABILITAÇÃO SOCIAL E BENEFICENTE EVANGÉLICO SOS VIDA	2018	RS
138	INSTITUTO GRATIDÃO	2018	PR
139	ASSOCIAÇÃO IMACULADA CONCEIÇÃO	2018	MG
140	ASSOCIAÇÃO RECANTO PARQUE IGUAÇU	2018	PR
141	COMUNIDADE TERAPÊUTICA PROADA	2018	SP
142	ASSOCIAÇÃO PÃO NOSSO - APN	2018	SP
143	ASSOCIAÇÃO MARINGÁ APOIANDO A RECUPERAÇÃO DE VIDAS - MAREV	2018	PR
144	COMUNIDADE ACOLHEDORA CASA DONA PAULA	2018	AL
145	ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE CASA DE RECUPERAÇÃO SÃO JOSÉ	2018	SP
146	FAZENDA DA PAZ	2018	PI
147	ASSOCIAÇÃO ALIANÇA DE RESTAURAÇÃO	2018	AL
148	LUZ E VIDA - ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A TOXICÔMANOS ALCOOLATRAS	2018	MG
149	ASSOCIAÇÃO COMUNIDADE AUXILIADORA RECUPERANDO VIDAS	2018	SP
150	FARASVEC - FUNDAÇÃO E ASSOCIAÇÃO PARA REINTEGRAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL A VICIADOS E CARENTES	2018	MG
151	COMUNIDADE TERAPÊUTICA DESAFIO JOVEM RESTAURAÇÃO SHALOM	2018	GO
152	COMUNIDADE TERAPÊUTICA PRIMEIRO PASSO	2018	SP
153	ASSOCIAÇÃO MARANATHA DO RIO DE JANEIRO - ENGENHO DE DENTRO	2018	RJ
154	ASSOCIAÇÃO MARANATHÁ DO RIO DE JANEIRO	2018	RJ
155	CENTRO DE ESTUDO E RECUPERAÇÃO PARA A VIDA - TUPA - CERVIDA	2018	SP
156	CENTRO DE RECUPERAÇÃO LEÃO DE JUDÁ DE MONTES CLAROS	2018	MG
157	ASSOCIAÇÃO DEUS CONOSCO - ADECON	2018	MG
158	COMUNIDADE TERAPÊUTICA QUEBRANDO AS CORRENTES NOVO NASCIMENTO	2018	AL
159	ASSOCIAÇÃO DE APOIO TERAPÊUTICO REVIVER - A.A.T.R	2018	ES
160	OBRAS SOCIAIS ÁGUA VIVA	2018	MG
161	INSTITUTO BENEFICENTE CASA BELÉM	2018	CE
162	SERVOS - SOCIEDADE DE EMPENHO NA RECUPERAÇÃO DE VIDA	2018	DF
163	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA DOM LUIS HERBST	2018	AC

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
164	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA MÃE DA SANTA ESPERANÇA	2018	GO
165	COMUNIDADE ELE CLAMA	2018	MG
166	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA ESPERANÇA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	2018	MG
167	RAV - RENOVANDO A VIDA	2018	DF
168	COMUNIDADE TERAPÊUTICA CENTRO DE APOIO CASA DO SOL AZUL	2018	GO
169	COMUNIDADE TERAPÊUTICA FORÇA E LUZ	2018	MG
170	COMUNIDADE TERAPÊUTICA GENTE LIVRE MAANAIM	2018	BA
171	GRUPO SALVA VIDAS	2018	MG
172	CENTRO DE REINTEGRAÇÃO BEIJA-FLOR - MATRIZ	2018	MG
173	DESAFIO JOVEM PENIEL	2018	MG
174	ASSOCIAÇÃO MOVIMENTO RENASCER	2018	MG
175	OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE URUAÇU	2018	GO
176	ASSOCIAÇÃO PROMOCIONAL LEONILDO DELFINO DE OLIVEIRA - HORTO DE DEUS	2018	SP
177	ASSOCIAÇÃO AMIGOS DA VIDA - AAVIDA	2018	SP
178	GRUPO DE RECUPERAÇÃO DE ALCOÓLICOS AUGUSTO SILVA - GRAAUS	2018	SP
179	CENTRO DE RECUPERAÇÃO RESGATANDO VIDAS	2018	MG
180	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA IMACULADA CONCEIÇÃO	2018	MG
181	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA Irmã DULCE	2018	BA
182	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA FAZENDA DA ESPERANÇA SÃO DOMINGOS	2018	TO
183	CEAMI - REABILITAÇÃO PARA A VIDA	2018	MG
184	COMUNIDADE VEM SER	2018	MG
185	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA ESPERANÇA DOM GINO MALVÉSTIO	2018	AM
186	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA ESPERANÇA SANTA BAKITA	2018	DF
187	CENTRO DE REINTEGRAÇÃO SOCIAL BEIJA-FLOR	2018	MG
188	SER - SERVIÇO EVANGÉLICO DE REABILITAÇÃO DE ARAGUARI	2018	MG
189	DESAFIO JOVEM EBENEZER - UNIDADE FILIAL DE GENIPABU	2018	RN
190	DESAFIO JOVEM EBENEZER - COMUNIDADE TERAPÊUTICA EBENEZER SERRA CAIADA - RN	2018	RN

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
191	ASSOCIAÇÃO COMUNIDADE TERAPÊUTICA EL SHADDAY DE ARAGUARI	2018	MG
192	ESQUADRÃO VIDA PARA ADOLESCENTES	2018	SP
193	ONG DESAFIO NOVA VIDA FEMININO	2018	CE
194	DESAFIO JOVEM EBENEZER - COMUNIDADE TERAPÊUTICA EXTREMOZ	2018	RN
195	PIA UNIÃO DAS IRMÃS DA COPIOSA REDENÇÃO	2018	RO
196	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA SANTO AGOSTINHO	2018	MA
197	SOCIEDADE DE PROMOÇÃO HUMANA - SOPROH	2018	MG
198	POUSADA BOM SAMARITANO	2018	SP
199	COMUNIDADE TERAPÊUTICA COLÔNIA BOM SAMARITANO - CTCBS	2018	MG
200	ASSOCIAÇÃO MÃE ADMIRÁVEL	2018	MG
201	ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE PROJETO NOVA VIDA	2018	BA
202	OSNSG FAZENDA DA ESPERANÇA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	2018	MA
203	COMUNIDADE TERAPÊUTICA UM NOVO CAMINHO	2018	MG
204	DESAFIO NOVA VIDA	2018	CE
205	ASSOCIAÇÃO CRISTÃ DE APOIO A PESSOA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE	2018	AC
206	OBRAS SOCIAIS DIONISIO VILAS BOAS - OSDVB	2018	BA
207	ASSOCIAÇÃO DIVINA MISERICÓRDIA - FILIAL RANCHO SÃO JOÃO EVANGELISTA	2018	PE
208	ASSOCIAÇÃO DOS AMIGOS DE DEUS EM CRISTO JESUS	2018	MG
209	ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE CASA REFUGIO	2018	SP
210	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA ESPERANÇA RESSURREIÇÃO E VIDA	2018	MG
211	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA PADRE IBIAPINA	2018	PB
212	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA CENTRO MASCULINO	2018	SP
213	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA DOM ANGELO FROSI	2018	PA
214	FAZENDA DA ESPERANÇA DOM ELISEU MARIA COROLI	2018	PA
215	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA SÃO LIBÓRIO	2018	SP
216	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA NOSSA SENHORA DA GUIA	2018	PB
217	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA CHIARA LUBICH	2018	BA

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
218	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA NOSSA SENHORA DE GUADALUPE	2018	MG
219	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA - NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS	2018	PI
220	COMUNIDADE TERAPÊUTICA ÁGAPE	2018	PE
221	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA NOSSA SENHORA DO AMPARO	2018	AL
222	ASSOCIAÇÃO TERAPÊUTICA E MISSIONÁRIA MAGNIFICAT	2019	SC
223	INSTITUTO ABBA PAI	2019	DF
224	COMUNIDADE TERAPÊUTICA BETH HAYOTSER	2019	SC
225	PIA UNIÃO DAS IRMÃS DA COPIOSA REDENÇÃO	2019	RS
226	CENTRO DE PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO: "O CAMINHO, A VERDADE E A VIDA" - PRECAVVIDA	2019	PR
227	ASSOCIAÇÃO DE RECUPERAÇÃO E PREVENÇÃO DO ALCOOLISMO E OUTRAS DROGAS - ARAD	2019	SC
228	GRUPO DE ENCAMINHAMENTO E APOIO NA PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO DE DEPENDENTES QUÍMICOS	2019	RS
229	COMUNIDADE CRISTÃ VIDA E PAZ	2019	SP
230	COMUNIDADE TERAPÊUTICA MISSÃO SHALON	2019	PR
231	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E EDUCACIONAL LIBERDADE	2019	SC
232	COMUNIDADE TERAPEUTICA CENTRO VITA DE CAXIAS DO SUL	2019	RS
233	FUNDAÇÃO DE RIBEIRÃO PRETO APOIANDO A RECUPERAÇÃO DE VIDAS. R.A.R.E.V	2019	SP
234	CASA DE RECUPERAÇÃO NOVA VIDA DE CHAPECÓ	2019	SC
235	CASA DE APOIO BELÉM	2019	PR
236	COMUNIDADE TERAPÊUTICA MANNAIN	2019	PR
237	COMUNIDADE TERAPÊUTICA DESAFIO JOVEM GIDEÕES	2019	RS
238	COMUNIDADE TERAPÊUTICA DESAFIO JOVEM GIDEÕES - FARROUPILHA	2019	RS
239	CASA DE APOIO PE. ALOÍSIO BOEING	2019	SC
240	COMUNIDADE TERAPÊUTICA DESAFIO JOVEM GIDEÕES - SÃO SEBASTIÃO DO CAÍ	2019	RS
241	GRUPO DE ASSISTÊNCIA A DEPENDÊNCIA QUÍMICA NOVA AURORA FEMININO E MACULINO	2019	SP
242	CASA DE RECUPERAÇÃO NOVA VIDA - CREMVI	2019	PR
243	GTAE - GRUPO DE TRABALHO AMOR ESPECIAL	2019	RS
244	ASSOCIAÇÃO ESSÊNCIA DE VIDA	2019	SC

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
245	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA ESPERANÇA SANTO ANTÔNIO	2019	MS
246	OPÇÃO DE VIDA - ASSOCIAÇÃO PARA RECUPERAÇÃO DE ALCOÓLATRAS E TOXICÔMANOS	2019	SC
247	COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA JORNADA	2019	SP
248	ASSOCIAÇÃO DESAFIO JOVEM MONTE DAS OLIVEIRAS	2019	SC
249	INSTITUTO DESPERTAI	2019	GO
250	COMUNIDADE TERAPÊUTICA ESPERANÇA-ABAE	2019	RS
251	PROGRAMA DE AUXILIO COMUNITÁRIO TERAPÊUTICO	2019	RS
252	COMUNIDADE TERAPÊUTICA FAZENDA ESPERANÇA DE FARROUPILHA	2019	RS
253	ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO PARCEIROS DA VIDA - ESQUADRÃO DA VIDA	2019	MS
254	DESAFIO JOVEM EBENÉZER	2019	GO
255	CENTRO DE REABILITAÇÃO DESAFIO DO JOVEM	2019	RS
256	COMUNIDADE TERAPÊUTICA VIDA NOVA	2019	RS
257	MOVIMENTO PARA LIBERTAÇÃO DE VIDAS - MOLIVI	2019	PR
258	ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL E ASSISTENCIAL BETHÂNIA	2019	SC
259	ASSOCIAÇÃO COMUNIDADE TERAPÊUTICA ECUMÊNICA - ACTE	2019	RS
260	CONSELHO DIOCESANO DA RENOVAÇÃO CARISMÁTICA CATÓLICA DE ANÁPOLIS	2019	GO
261	ASSOCIAÇÃO MÃO AMIGA TERAPIA E RECUPERAÇÃO	2019	SC
262	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA NOSSA SENHORA DA ABADIA	2019	MS
263	ADVENTUS - ASSOCIAÇÃO ESPECIALIZADA NO TRATAMENTO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA	2019	SC
264	INSTITUTO PASSO A PASSO NO CAMINHO - IPPC	2019	SC
265	OBRA SOCIAL N S DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA PADRE CLAUDIO ROMANO	2019	PR
266	OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE JATAÍ	2019	GO
267	ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO PARCEIROS DA VIDA - ESQUADRÃO DA VIDA (03.264.353/0003-59)	2019	MS
268	PIA - UNIÃO DAS IRMAS DA COPIOSA REDENÇÃO	2019	PR
269	ASSOCIAÇÃO CRENÇA	2019	SC
270	PACTO PASTORAL DE APOIO COMUNITÁRIO AO TOXICÔMANO	2019	RS
271	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA SÃO RAFAEL	2019	RS

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
272	INSTITUTO TERAPÊUTICO DESAFIO JOVEM DE NOVA TRENTO	2019	SC
273	CENTRO TERAPÊUTICO E DE PROJETOS SOCIO EDUCATIVOS VIDA - CTV	2019	SC
274	ASSOCIAÇÃO MISSIONÁRIA VOZ DO QUE CLAMA	2019	PR
275	PROGRAMA DE AUXILIO COMUNITÁRIO AO TOXICOMANO, PACTO - SM.	2019	RS
276	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA ESPERANÇA MÃE DA ESPERANÇA	2019	SP
277	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA SÃO FRANCISCO XAVIER	2019	SC
278	ASSOCIAÇÃO EMAÚS	2019	PR
279	ASSOCIAÇÃO MISSÃO VIDA NOVA	2019	PR
280	COMUNIDADE TERAPÊUTICA KAIROS	2019	SC
281	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA PORTA ABERTA	2019	SC
282	CAUDEQ - CENTRO DE ATENÇÃO URBANA A DEPENDÊNCIA QUÍMICA	2019	RS
283	FAZENDA ESPERANÇA IRMÃ CLEUSA RODY	2019	AM
284	COMUNIDADE TERAPÊUTICA DESAFIO JOVEM GIDEÕES	2019	RS
285	ESPAÇO ALTERNATIVO CULTURAL CONTRA AS DROGAS	2019	MG
286	CETRAD - CENTRO DE TRATAMENTO DE ADICÇÕES	2019	SC
287	CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DE TOXICÔMANOS E ALCOOLISTAS	2019	SC
288	COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA VIDA	2019	SC
289	COMUNIDADE TERAPÊUTICA PRÓVIDA	2019	MG
290	COMUNIDADE TERAPÊUTICA ACOLHEDORA ROSA DE SARON	2019	SC
291	PACTO - PASTORAL DE APOIO COMUNITARIO AO TOXICOMANO	2019	RS
292	RECRIAR - RETIRO COMUNITARIO DE AUXILIO A RECUPERAÇÃO	2019	RS
293	CENTRO DE REABILITAÇÃO DO PRESO E REGRESSO	2019	GO
294	ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO PARCEIROS DA VIDA - ESQUADRÃO DA VIDA	2019	MS
295	COMUNIDADE TERAPÊUTICA FAZENDA NOVOS RUMOS	2019	RS
296	RETIRO COMUNITÁRIO DE REABILITAÇÃO OCUPACIONAL - COMUNIDADE TERAPÊUTICA RECREO	2019	RS
297	COMUNIDADE TERAPÊUTICA PAULO DE TARSO	2019	GO

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
	(ACAMPI)		
298	COMUNIDADE TERAPÊUTICA ESQUADRÃO RESGATE	2019	GO
299	COMUNIDADE TERAPEUTICA DESAFIO JOVEM GIDEOES	2019	RS
300	ASSOCIAÇÃO PARA VIDA SEM DROGAS	2019	PR
301	PROVITA PROJETO VIDA ITAPEMA	2019	SC
302	DESAFIO JOVEM EBENEZER	2019	MT
303	FUNDAÇÃO JOÃO PAULO II DE MACEIÓ	2019	AL
304	COMUNIDADE BETHÂNIA	2019	PR
305	CERVIDA - CENTRO DE RECUPERAÇÃO À VIDA	2019	SC
306	COMUNIDADE BETHÂNIA - RECANTO IRATI	2019	PR
307	DESAFIO JOVEM DE IPORÁ	2019	GO
308	CENTRO DE RECUPERAÇÃO VIDA JOVEM	2019	SC
309	RETIRO COMUNITÁRIO DE REABILITAÇÃO OCUPACIONAL - COMUNIDADE TERAPÊUTICA RECREO	2019	RS
310	C.R.J.F.C.D - CENTRO DE RECUPERAÇÃO JUIZ DE FORA CONTRA AS DROGAS	2019	MG
311	LAR DOM BOSCO - COMUNIDADE TERAPÊUTICA	2019	PR
312	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA ESPERANÇA SÃO BENTO	2019	CE
313	ASSOCIAÇÃO CASAS DO SERVO SOFREDOR	2019	PR
314	OBRA SOCIAL N. SENHORA DA GLORIA FAZENDA DA ESPERANÇA SÃO FRANCISCO DE ASSIS	2019	ES
315	ASSOCIAÇÃO PROMOCIONAL HUMANA DE PIUMHI APH	2019	MG
316	COMUNIDADE TERAPÊUTICA CONSELHEIROS DE DEUS	2019	SP
317	ASSOCIAÇÃO VIDA NOVA	2019	SC
318	COMUNIDADE REVIVER	2019	MG
319	ASSOCIAÇÃO DEUS ESTÁ AQUI	2019	SC
320	ASSOCIAÇÃO PROJETO VIDA	2019	PR
321	OBRA SOCIAL N. S. DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA PE. ANTÔNIO HENRIQUE PEREIRA	2019	PE
322	PRA-VIDA ORGANIZAÇÃO ASSOCIATIVA	2019	RS
323	ASSOCIAÇÃO TERAPÊUTICA NOVO AMANHECER - ATENA	2019	SC
324	ASSOCIAÇÃO CASAS DO SERVO SOFREDOR - CSS MOSTEIRO DA RESSURREIÇÃO	2019	SC
325	ASSOCIAÇÃO CIDADE DE DEUS	2019	RS
326	ASSOCIAÇÃO ESQUADRÃO DA VIDA DE PONTA GROSSA	2019	PR
327	CENTRO DE RECUPERAÇÃO VIDA NOVA - CERVIN	2019	PR

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
328	OBRA SOCIAL N. S. FAZEND DA ESPERANÇA SÃO FREI GALVÃO	2019	MG
329	CENTRO DE TRATAMENTO ALTERNATIVO PRÓ VIDA	2019	SC
330	ASSOCIAÇÃO COMUNIDADE TERAPÊUTICA VITORIA	2019	PR
331	COMUNIDADE TERAPÊUTICA DESAFIO JOVEM GIDEÕES	2019	RS
332	ORGANIZAÇÃO CASA ORAÇÃO	2019	RS
333	MINISTÉRIO FILANTRÓPICO TERRA FÉRTIL	2019	GO
334	CENTRO DE REABILITAÇÃO HUMANA FAZENDA SÃO JORGE - FEMININA	2019	SC
335	COMUNIDADE TERAPÊUTICA DESAFIO JOVEM GIDEÕES	2019	RS
336	O.S.N.S.G FAZENDA DA ESPERANÇA BOM JESUS DOS PASSOS	2019	PI
337	CENTRO DE RECUPERAÇÃO DA PARCERIA VALE EBENEZER	2019	SC
338	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA SÃO LEOPOLDO MANDIC 48.555.775/0106-27	2019	MG
339	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA NOSSA SENHORA DE LOURDES 48.555.775/0121-66	2019	SP
340	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA BENTO XVI	2019	MT
341	COMUNIDADE TERAPÊUTICA SENHOR JESUS CENTRO DE REFORMULAÇÃO COMPORTAMENTAL - CTSJ	2019	RS
342	OBRA S. N. G. FAZENDA DA ESPERANÇA MÃE ADMIRÁVEL	2019	RS
343	ASSOCIAÇÃO DOM JOSÉ ANTONIO DE COUTO - DOM COUTO	2019	MG
344	DESAFIO JOVEM DE CRICIÚMA - DJC	2019	SC
345	ENTIDADE DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO SOCIAL LINDONJONSON DE ALMEIDA	2019	AL
346	ASSOCIAÇÃO PROMOCIONAL VIDA NOVA-HORTO DE DEUS	2019	SP
347	ASSOCIAÇÃO NÚCLEO TERAPÊUTICO NOVA VIDA	2019	PR
348	CREDEQ: CENTRO DE RECUPERAÇÃO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA	2019	MG
349	ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE BEIT ABBA	2019	PR
350	ASSOCIAÇÃO MONSENHOR ANTÔNIO XAVIER RODRIGUES	2019	MG
351	CENTRO DE RECUPERAÇÃO LUZ NO VALE - CERLUZ	2019	SC
352	BETH SHALOM - CASA DA PAZ	2019	SP

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
353	CENTRO DE RECUPERAÇÃO VIDA NOVA	2019	GO
354	ASSOCIAÇÃO DO MINISTÉRIO RESGATE DE JARAGUÁ ESTADO DE GOIÁS	2019	GO
355	OBRA SOCIAL N. S. G. FAZENDA DA ESPERANÇA SÃO JOÃO BATISTA	2019	RJ
356	COMUNIDADE TERAPÊUTICA ANDRADINENSE RECANTO DO SENHOR JESUS	2019	SP
357	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PROFILAXIA - ASSOBRAP	2019	RS
358	CASA RENASCER COMUNIDADE TERAPÊUTICA DE APOIO AO DEPENDENTE QUÍMICO E AO ALCOOLATRA.	2019	SP
359	MISSÃO FILADELFIA	2019	PR
360	COMUNIDADE TERAPÊUTICA REINO UNIDO	2019	GO
361	MISSÃO RESGATE DA PAZ	2019	GO
362	OBRA S. N. G. FAZENDA DA ESPERANÇA SÃO SEBASTIÃO	2019	PR
363	ASSOCIAÇÃO FAZENDA DO SENHOR JESUS DE SÃO BORJA	2019	RS
364	REVIDE - RESTAURANDO VIDAS DA DEPENDÊNCIA	2019	PR
365	OBRA S. N. G. FAZENDA DA ESPERANÇA CRISTO REI	2019	PR
366	ASSOCIAÇÃO MINISTÉRIO MELHOR VIVER	2019	PR
367	ASSOCIAÇÃO DE RECUPERAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS SÃO MIGUEL ARCANJO	2019	MG
368	COMUNIDADE BETHÂNIA - RECANTO LORENA	2019	SP
369	COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA ALIANÇA	2019	RO
370	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLORIA FAZENDA ESPERANÇA NOSSA SENHORA APARECIDA	2019	RS
371	PIA UNIÃO DAS IRMÃS DA COPIOSA REDENÇÃO / CASA MARTA E MARIA	2019	RS
372	PATNA - PASTORAL DE APOIO AO TOXICÔMANO NOVA AURORA	2019	RS
373	CENTRO DE REABILITAÇÃO HUMANA DO VALE DO ARARANGUA	2019	SC
374	COMUNIDADE TERAPÊUTICA BOM JESUS	2019	RS
375	AACOLHER- ASSOCIAÇÃO ACOLHER	2019	SC
376	ASSOCIACAO COMUNITARIA BOM SAMARITANO	2019	MA
377	CEAMI - REABILITAÇÃO PARA A VIDA	2019	MG
378	O.S.N.S.G FAZENDA ESPERANÇA CASA SANTA RITA	2019	PE
379	ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE CASA DE NAZARE	2019	PR
380	ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE NOVO AMANHÃ	2019	SC

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
381	INSTITUTO BENEFICIENTE DE AÇÃO SOCIAL EMANUEL DE TERRA DE AREIA	2019	RS
382	PROGRAMA INSTITUCIONAL ALUNO APRENDIZ	2019	SC
383	ESCOLA DE TREINAMENTOS DE MISSIONÁRIOS - DESAFIO JOVEM - E.T.M	2019	MG
384	ACOTEMI - ASSOCIAÇÃO COMUNIDADE TERAPÊUTICA MISSIONEIRA	2019	RS
385	CASA DE RECUPERAÇÃO CAVERNA DE ADULÃO	2019	CE
386	NOVO RUMO CASA DE RECUPERAÇÃO	2019	SC
387	DESAFIO NOVA VIDA	2019	CE
388	ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE MÃES POBRES DE NOVO HAMBURGO	2019	RS
389	COMUNIDADE BETHANIA - FILIAL GUARAPUAVA	2019	PR
390	COMUNIDADE TERAPÊUTICA PROSSEGUIR	2019	RS
391	INSTITUTO LUGAR DE AJUDA - PROMIC	2019	MA
392	ASSOCIAÇÃO PROJETO LONDRINA VIVA - PROLOV	2019	PR
393	FAZENDA DA ESPERANÇA SANTA PAULINA	2019	SC
394	CENTRO MADRE TEREZA	2019	MG
395	DESAFIO JOVEM PENIEL	2019	AC
396	CARITAS DIOCESANA DE CATANDUVA	2019	SP
397	INSTITUTO REDENÇÃO - COMUNIDADE TERAPÊUTICA BOM SUCESSO	2019	SC
398	INSTITUTO REDENÇÃO - COMUNIDADE TERAPÊUTICA PICCOLO PARADISO	2019	SC
399	CREDEQUIA - CENTRO DE RECUPERAÇÃO DE DEPENDENTES QUÍMICOS	2021	PR
400	INSTITUTO NOVA VIDA	2021	CE
401	INSTITUTO LUZ DA VIDA	2021	AL
402	INSTITUTO BENEFICIENTE CASA BELÉM	2021	CE
403	ASSOCIAÇÃO VIDA NOVA AMOR EXIGENTE - AVPAE	2021	RS
404	ASSOCIAÇÃO CASA DO OLEIRO	2021	PI
405	ASSOCIAÇÃO MISSIONÁRIA ESPERANÇA	2021	GO
406	COMUNIDADE TERAPEUTICA PENIEL	2021	RS
407	ADQF - ASSOCIACAO DE ACOLHIMENTO AOS DEPENDENTES QUIMICOS E FAMILIARES	2021	MG
408	SOCIEDADE ASSISTENCIAL SARAVIDA	2021	PE
409	COMUNIDADE TERAPEUTICA VIVER LIVRE	2021	SC
410	ASSOCIAÇÃO COMUNIDADE TERAPEUTICA MÃES E FILHOS	2021	MG
411	ASSOCIAÇÃO SANTA EDWIGES DE AÇÃO SOCIAL - SOSANED	2021	SP
412	GRUPO TERAPEUTICO GOIAS SEM DROGAS	2021	GO

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
413	RESTITUI - CENTRO DE TRATAMENTO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS E ALCOOLATRAS	2021	SP
414	INSTITUTO MÃO AMIGA MOSTARDAS	2021	RS
415	ASSOCIAÇÃO CASA DO SERVO SOFREDOR - MOSTEIRO MONTE CARMELO - CSS - MARIA AUGUSTA	2021	PR
416	CASA DAS SAMARITANAS ACOLHIMENTO FEMININO	2021	PI
417	ASSOCIAÇÃO FILANTROPICA SHALOM	2021	PI
418	ASSOCIAÇÃO FILANTRÓPICA SHALOM	2021	PI
419	FAZENDA DA PAZ	2021	PI
420	COMUNIDADE TERAPEUTICA PROJETO VIDA NOVA - PROVIN	2021	MG
421	GAV - GRUPO DE AMIGOS DA VIDA	2021	PI
422	O.S.N.S DA GLÓRIA - FAZENDA DA ESPERANÇA SANTA FRANCISCA ROMANA	2021	SE
423	O.S.N.S.G FAZENDA DA ESPERANÇA MARIA MADALENA	2021	AC
424	INSTITUTO BAMBU	2021	BA
425	CENTRO DE ASSISTENCIA E RECUPERAÇÃO DE VIDAS MORADA DE DEUS	2021	PR
426	FUNDAÇÃO CENTRO DE RECUPERAÇÃO FEMININA MISSÃO RESGATE	2021	PB
427	TCAD - COMUNIDADE TERAPEUTICA PARA TRATAMENTO COMPORTAMENTAL ANTI DROGA	2021	ES
428	ASSOCIACAO MAP- MULHERES ALEM DAS PLACAS	2021	PB
429	ONG SALVE A SI - CASA MARIA DE MAGDALA	2021	DF
430	CTCA - COMUNIDADE TERAPÊUTICA CAVERNA DE ADULÃO	2021	MG
431	CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ESPERANÇA - CERENE	2021	SC
432	INSTITUIÇÃO EVANGÉLICA DESAFIO JOVEM DE TRÊS COROAS	2021	RS
433	CASA DE REINTEGRAÇÃO SOCIAL NOVA VIDA	2021	BA
434	INSTITUTO RESGATE JOÃO L PIZZATO	2021	MT
435	AMR - ASSOCIAÇÃO MISSÃO RESGATE	2021	MG
436	ESCOLA DE TREINAMENTOS DE MISSIONARIOS - DESAFIO JOVEM ETM	2021	MG
437	IVR INSTITUTO VIDA RENOVADA	2021	RJ
438	I. N. R. - INSTITUTO NOVOS RUMOS	2021	CE
439	CENTRO TERAPÊUTICO DE GUANAMBI-CETEG	2021	BA
440	INSTITUTO BATALHÃO DA RESTAURAÇÃO - COMUNIDADE TERAPEUTICA DA RESTAURAÇÃO - FEMININA E MASCULINA	2021	SE

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
441	COMUNIDADE TERAPÊUTICA MARIA BONITA	2021	CE
442	CENTRO DE AÇÃO SOCIAL DO NAZARENO - CASNAZA	2021	PR
443	COMUNIDADE TERAPEUTICA TENDA DE ABRAAO	2021	MT
444	ASFER - ASSOCIACAO FEMININA DE RECUPERACAO DE LAGOA DA PRATA	2021	MG
445	COMUNIDADE TERAPEUTICA CENTRO VITA DE CAXIAS DO SUL	2021	RS
446	COMUNIDADE TERAPEUTICA RECOMEÇAR	2021	RS
447	FAZENDA DA ESPERANÇA NOSSA SENHORA DE LOURDES	2021	RJ
448	COMUNIDADE TERAPEUTICA RESTITUI	2021	PI
449	COMUNIDADE TERAPEUTICA DESAFIO JOVEM REVIVER - FEMININO	2021	RS
450	ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE CAMINHO SANTO - ABECS	2021	MG
451	COMUNIDADE TERAPEUTICA MAANAIM	2021	RS
452	INSTITUTO LUGAR DE AJUDA - PROJETO RENASCER FEMININO	2021	MA
453	CENTRO DE RECUPERAÇÃO ALCOOL E DROGAS DESAFIO JOVEM MAANAIM	2021	MG
454	ASSOCIAÇÃO FAZENDA RENASCER	2021	MG
455	ASSOCIAÇÃO DIVINA MISERICORDIA - NOVA JERICO	2021	AL
456	ASSOCIAÇÃO CASA DORCAS	2021	PI
457	ASSOCIAÇÃO JOÃO PAULO II	2021	MG
458	CASA DE RECUPERAÇÃO DAS MULHERES DE DEUS	2021	DF
459	CENTRO DE RECUPERAÇÃO - RESTAURAR VIDAS - REVI	2021	PR
460	ASSOCIACAO CENTRO SOCIAL ESCOLA RESTAURANDO VIDAS	2021	RJ
461	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA FAZENDA DA ESPERANÇA SÃO DOMINGOS GUSMÃO	2021	SP
462	AÇÃO SOCIAL CENTRO DE REINTEGRAÇÃO A SOCIEDADE MAIS QUE VENCEDORES - CERDAD	2021	MG
463	ASSOCIAÇÃO COMUNIDADE TERAPEUTICA VIVER BEM	2021	PR
464	CENTRO TERAPÊUTICO DE RECUPERAÇÃO E INSERÇÃO SOCIAL DA PESSOA COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA	2021	RR
465	CENTRO DE RECUPERAÇÃO VIDA VIVA JF	2021	MG
466	COMUNIDADE TERAPEUTICA SÃO JOSE	2021	PR
467	DESAFIO JOVEM VIDAS PARA CRISTO	2021	PR
468	ASSOCIAÇÃO COMUNIDADE LUZ DA VIDA -	2021	GO

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
	COMUNIDADE TERAPÊUTICA PROJETO LUZ QUE LIBERTA		
469	CASA DE RECUPERAÇÃO PROJETO EMANUEL - CAREPE	2021	GO
470	INSTITUTO PONTE - COMUNIDADE TERAPEUTICA	2021	PR
471	INSTITUTO HORTA DE VIDA	2021	ES
472	RECANTO DE APOIO À VIDA - REAVIDA	2021	MG
473	ASSOCIAÇÃO SÃO PAULO APOSTOLO	2021	AL
474	CENTRO DE REABILITAÇÃO JOVENS LIVRES	2021	SC
475	INSTITUTO SANTANA CANTE	2021	AL
476	COMUNIDADE TERAPÊUTICA ESTRELA DO ORIENTE	2021	MG
477	FAZENDA PARA ACOLHIMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS DIVINA MISERICÓRDIA	2021	AL
478	CENTRO DE RECUPERAÇÃO DE TOXICÔMANOS E ALCOÓLATRAS DE SANTO ANGELO - FAZENDA PARAÍSO	2021	RS
479	ASSOCIAÇÃO COMUNIDADE TERAPÊUTICA GRÃO DE MOSTARDA	2021	CE
480	CENTRO DE RECUPERAÇÃO O RESGATE	2021	CE
481	COMUNIDADE ACOLHEDORA SANTO ONÉSIMO	2021	AL
482	COMUNIDADE TERAPÊUTICA FAMÍLIA EM CRISTO	2021	MG
483	CASA RESGATE CENTRO DE RECUPERAÇÃO ATALAIA - CRTA	2021	CE
484	ASSOCIACAO PROMOCIONAL SOL NASCENTE	2021	SP
485	CENTRO DE RECUPERAÇÃO SAMARITANO	2021	MG
486	MISSÃO EVANGELICA FILANTROPICA JESUS TE AMA "MEFIJA"	2021	GO
487	ASSOCIAÇÃO AMAR VIDA NOVA	2021	MG
488	ASSOCIAÇÃO CASA DO OLEIRO	2021	PI
489	ASSOCIAÇÃO CASA DO OLEIRO	2021	PI
490	ASSOCIAÇÃO ÁGAPE	2021	CE
491	ASSOCIAÇÃO TRANSCULTURAL RHEMA	2021	TO
492	ASSOCIAÇÃO DE REEDUCAÇÃO SOCIAL E REINTEGRAÇÃO NO TRABALHO - PROJETO JABOQUE	2021	MS
493	AÇÃO SOCIAL CENTRO DE REINTEGRAÇÃO A SOCIEDADE MAIS QUE VENCEDORES - CERDAD	2021	MG
494	CENTRO DE REABILITAÇÃO CONTRA DEPENDÊNCIA QUÍMICA GILEADE	2021	MG
495	CENTRO DE RECUPERAÇÃO HUMANO RENASCER	2021	SP
496	ASSOCIACAO CASA DE ABRAÃO	2021	CE
497	CARITAS DIOCESANA DE CAMPO LIMPO (MÃE QUE ACOLHE)	2021	SP

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
498	COMUNIDADE TERAPÊUTICA MATEUS 25:35	2021	RJ
499	INSTITUTO VITORIA	2021	RS
500	ASSOCIAÇÃO O CAMINHO RESGATANDO VIDAS	2021	CE
501	CASA DE RECUPERACAO AGUA DA VIDA CRAVI	2021	SC
502	ASSOCIAÇÃO ÁGAPE	2021	CE
503	CENTRO DE RESSOCIALIZAÇÃO LAR DA PAZ	2021	CE
504	FUNDAÇÃO ASTROGILDA E OSVALDO BENDER	2021	RS
505	PROJETO CASA DE ISRAEL PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO A ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	2021	MG
506	INSTITUTO EL SHADDAI	2021	SC
507	ASSOCIAÇÃO PAPA JOÃO XXIII DO BRASIL	2021	MG
508	ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE CAMINHO SANTO	2021	MG
509	INSTITUTO TERAPÊUTICO NOVA ALIANÇA DO RN	2021	RN
510	PEVI - PROJETO ESPERANÇA E VIDA	2021	SP
511	ASSOCIAÇÃO E MISTÉRIO PARA RESTAURAÇÃO DA FAMÍLIA - COTERE	2021	SC
512	INSTITUTO SOCIAL MARCA DE CRISTO	2021	RJ
513	ASSOCIAÇÃO SABER VIVER	2021	CE
514	ASSOCIAÇÃO OBRA DE RESGATE RAINHA DOS ANJOS	2021	CE
515	ASSOCIAÇÃO ANTI-ALCOOL E DEPENDÊNCIA DE APOIO AS FAMÍLIAS DO EXTREMO SUL CATARINENSE	2021	RS
516	ASSOCIAÇÃO DE TRATAMENTO E REINserção SOCIAL ARAGUAIANA	2021	TO
517	COMVIDA - COMUNIDADE TERAPÊUTICA FAZENDA VIDA NOVA	2021	MG
518	ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MONTE SINAI	2021	SC
519	PROJETO WIDA	2021	RS
520	ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DAVI MULLER	2021	PR
521	INSTITUIÇÃO EVANGÉLICA DESAFIO JOVEM DE TRÊS COROAS	2021	RS
522	COMUNIDADE TERAPÊUTICA SÃO FRANCISCO	2021	SC
523	CENTRO DE RECUPERAÇÃO E REINTEGRAÇÃO MAANAIN	2021	RJ
524	ASSOCIAÇÃO MARIA AMÉLIA - AMA	2021	PE
525	ÁGAPE CASA DE RECUPERAÇÃO	2021	SP
526	ASSOCIAÇÃO CRISTA ALFA - ACALFA - COMUNIDADE TERAPEUTICA EBENEZER	2021	AC
527	ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE REGATANDO VIDAS - ABENERVI	2021	MG
528	INSTITUIÇÃO EVANGÉLICA DESAFIO JOVEM DE TRÊS COROAS	2021	RS
529	COMUNIDADE TERAPÊUTICA FAZENDA SANTO	2021	RS

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
	EXPEDITO		
530	DESAFIO CRISTÃO NOVA VIDA - DCNOVI	2021	SP
531	ASSOCIAÇÃO VIDA NOVA AMOR EXIGENTE	2021	RS
532	ASSOCIAÇÃO CIVIL LAR SEMEAR	2021	AL
533	CERAC - CENTRO DE RECUPERAÇÃO ALIANÇA CRISTÃ	2021	SP
534	ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MEFIBOSETTE - ABEM-TO	2021	TO
535	CENTRO APOIO E RECUPERAÇÃO DE TOXIMANOS E ALCOLATRAS DO RIO PARDO - FAZENDA ESPERANÇA	2021	RS
536	ASSOCIAÇÃO COMUNITARIA ASSISTENCIAL E FILANTROPICA RECUPERANDO VIDAS	2021	CE
537	GISEDA - GRUPO DE INCLUSÃO SOCIAL E TRATAMENTO DE DROGAS E ALCOOL	2021	RS
538	INSTITUTO RESGATE JOÃO L PIZZATO	2021	MT
539	ASSOCIAÇÃO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA VIVER DE NOVO	2021	MT
540	ASSOCIAÇÃO FILANTRÓPICA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DESAFIO DE VIDA	2021	PE
541	PROJETO CRIAÇÃO DE DEUS	2021	DF
542	ASSOCIAÇÃO CRISTÃ BANCO DA SOLIDARIEDADE — BANSOL - COMUNIDADE TERAPÊUTICA FAZENDA DA SOLIDARIEDADE	2021	MG
543	IRUPPE - INSTITUTO DE REABILITAÇÃO DA UNIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E ESTATÍSTICAS	2021	DF
544	ASSOCIAÇÃO MISSIONARIA EVANGELICA VIDA	2021	GO
545	CENTRO TERAPÊUTICO COMUNIDADE SANTA RITA DE CÁSSIA	2021	RS
546	ASSOCIACAO COMUNIDADE NOVA CRIATURA	2021	MG
547	INOVI - INSTITUTO NOVA VIDA	2021	AL
548	CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ESPERANÇA - CERENE	2021	SC
549	PROJETO SEMEANDO ESPERANÇA E RESGATANDO VIDAS	2021	MG
550	CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ESPERANÇA - CERENE	2021	SC
551	COMUNIDADE TERAPÊUTICA SÃO FRANCISCO	2021	SC
552	COMUNIDADE TERAPÊUTICA FAZENDA RENASCER	2021	RS
553	MITRA ARQUIODIOCESANA DE PELOTAS	2021	RS
554	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E EDUCACIONAL VOCÊ TEM VALOR	2021	SC
555	ESQUADRÃO DA VIDA DE MONTES CLAROS	2021	MG
556	IVM - INSTITUTO VÓ MARIA	2021	SC

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
557	ABCL - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE CAMINHO DE LUZ	2021	AC
558	COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA VIDA	2021	RS
559	CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOSSA SENHORA APARECIDA	2021	RS
560	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - FAZENDA DA ESPERANÇA BOM SAMARITANO	2021	SP
561	INSTITUIÇÃO EVANGÉLICA DESAFIO JOVEM LUZ DO VALE	2021	RS
562	CRMC - CENTRO DE RECUPERAÇÃO MISSIONÁRIA DE CRISTO	2021	PR
563	DESAFIO JOVEM HEBROM	2021	MG
564	PROJETO RESGATE	2021	CE
565	ASSOCIAÇÃO PROJETO RESPEITAR	2021	SP
566	ASSOCIAÇÃO PRÍNCIPE DA PAZ	2021	GO
567	COMUNIDADE TERAPÊUTICA MANANCIAL DE VIDA	2021	RN
568	ASSOCIAÇÃO MINISTÉRIO JERICÓ	2021	MG
569	ASSOCIAÇÃO RADAR BRASIL DE QUALIDADE DE VIDA	2021	SP
570	CENTRO TERAPÊUTICO CAMINHO DE LUZ	2021	MG
571	ASSOCIAÇÃO CENTRO DE RESTAURAÇÃO VIDA NOVA	2021	MG
572	COMUNIDADE TERAPÊUTICA DO MARANHÃO	2021	MA
573	COMUNIDADE TERAPÊUTICA PADRE PIO	2021	PI
574	CENTRO DE RECUPERAÇÃO SOCIAL DESAFIO JOVEM ALAGOAS	2021	AL
575	COMUNIDADE TERAPEUTICA MONTE MORIA	2021	PI
576	PROJETO RENASCER	2021	PR
577	INSTITUTO SOCIAL BENEFICENTE EBENEZER	2021	MA
578	COMUNIDADE TERAPÊUTICA FAZENDA DO SENHOR JESUS -VIDA VALE	2021	RS
579	DESAFIO JOVEM PENIEL	2021	BA
580	ASSOCIAÇÃO VIDA PLENA AMOR EXIGENTE SANTA ROSA/RS - AVIPAE	2021	RS
581	ASSOCIAÇÃO VIDA PLENA AMOR EXIGENTE SANTA ROSA/RS - AVIPAE	2021	RS
582	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - FAZENDA DA ESPERANÇA SANTA LUZIA	2021	ES
583	ASSOCIAÇÃO VIDA PLENA AMOR EXIGENTE SANTA ROSA/RS - AVIPAE	2021	RS
584	CENTRO TERAPÊUTICO HADASH	2021	PR
585	INSTITUTO VALE VIVER	2022	SP
586	SOCIEDADE DE LIBERTAÇÃO DO DROGATIVO E ALCOOLATRA	2022	MG

N	Comunidade Terapêutica	Ano de Criação	UF
587	COMUNIDADE TERAPÊUTICA EL SHADAI	2022	DF
588	OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - FAZENDA DA ESPERANÇA CASA DO SENHOR	2022	MA
589	ASSOCIAÇÃO FILHOS AMADOS DO CÉU	2022	CE
590	CENTRO DE RECUPERAÇÃO EL SHADAI	2022	RS
591	COMUNIDADE TERAPÊUTICA DESAFIO JOVEM GIDEÕES	2022	RS
592	INSTITUTO REDENÇÃO — COMUNIDADE TERAPEUTICA SOL NASCENTE	2022	SC
593	DESAFIO JOVEM TRINDADE	2022	PE
594	COMUNIDADE TERAPÊUTICA RENOVANDO VIDAS	2022	RN
595	CRERH - CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAIS	2022	RS
596	ATPS - ASSOCIACAO TERAPEUTICA PORTAL DA SOBRIEDADE	2022	MT
597	DESAFIO JOVEM OPERACAO RESGATE	2022	MS
598	COMTEBSA - COMUNIDADE TERAPEUTICA BOM SAMARITANO	2022	RS
599	COMUNIDADE TERAPEUTICA MARANATA	2022	SC
600	ASSOCIACAO MISSAO VIDA NOVA	2022	PR
601	INSTITUTO EFRAIM - CRE - CENTRO DE RECUPERACAO EFRAIM	2022	RJ
602	DESAFIO JOVEM EBENEZER DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CENTRO DE ATENÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL	2022	RJ
603	DESAFIO JOVEM EBENEZER - COMUNIDADE TERAPEUTICA GUAMARE	2022	RN