

## Uma discussão sobre a possibilidade de internação em comunidade terapêutica

*A discussion about the possibility of admission to a therapeutic Community*

**Reynaldo Mapelli Júnior**

Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP.  
Professor do Mestrado Acadêmico em Direito Médico da UNISA.  
Professor de Direito Sanitário da UNINOVE e em outras instituições.  
Membro do Conselho Superior e Fiscal do IDISA.  
Promotor de Justiça do MPSP.

**Andressa Isabelle Ferreira Barreto**

Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP.  
Especialista em Direito Sanitário pela FACAMP.  
Promotora de Justiça do MPMG.

### Resumo

Esse artigo tenta compreender, a partir de um estudo sobre a legislação vigente, a natureza jurídica da Comunidade Terapêutica. A partir de levantamento de dados secundários, consultas bibliográficas, análise de legislações conclui-se que estas entidades não são equipamento de saúde, mas entidades privadas de acolhimento temporário para dependentes de substâncias psicoativas. Portanto, incapazes de realizar tratamentos médicos e consequentemente internações, voluntárias, involuntárias ou compulsórias. Por fim, constata-se que o subfinanciamento de investimentos na saúde mental, em especial nas ações comunitárias, criou um cenário ideal para o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas, que ocuparam um espaço deixado pela ausência ou deficiência de políticas públicas relacionadas aos usuários e dependentes de drogas.

**Palavras-chave:** Comunidade terapêutica; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Abuso de substâncias psicoativas; Tratamento psiquiátrico involuntário; Lei de drogas.

### Abstract

This article attempts to understand, based on a study of current legislation, the legal nature of

the Therapeutic Community. Through the collection of secondary data, bibliographic consultations, analysis of legislation, it is concluded that these entities are not healthcare facilities but private temporary shelters for individuals dependent on psychoactive substances. Therefore, they are incapable of providing medical treatments and, consequently, voluntary or involuntary hospitalizations. Finally, it is observed that the underfunding of investments in mental health, especially in community actions, has created an ideal scenario for the strengthening of Therapeutic Communities, which occupied a space left by the absence or deficiency of public policies related to users and dependents of drugs.

**Keywords:** Therapeutic community; Disorders related to substance use; Psychoactive substance abuse; Involuntary psychiatric treatment; Drug law.

## Sumário

*1. Introdução. 2. Sobre as Comunidades Terapêuticas. 3. As Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). 4. Normativas sobre Comunidades Terapêuticas. 5. Possibilidade (ou não) de internação em Comunidade Terapêutica. 6. Conclusão. Referências*

## 1 Introdução

As mudanças ocorridas nos últimos trinta anos consolidaram no Brasil um modelo de cuidado pautado em uma nova forma de atenção à saúde mental. É a passagem do modelo segregacionista ao modelo centrado na atenção comunitária, respeitando-se a autonomia, a liberdade e o respeito no indivíduo.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira desenvolvida a partir da década de 1970, de certa forma, seguiu o curso da história mundial, que passou pelo reconhecimento de que as perturbações mentais não são produtos de seres fantasmagóricos e espíritos mas doenças que devem ser tratadas (Filippo Aureolo Bombast von Hohenheim, conhecido como Paracelso, em 1567), inicialmente em instituições asilares como Bicêtre (1793) e Sapetrière (1795) em Paris (Philippe Pinel, que inaugurou a Psiquiatria), mas depois das primeiras descrições psicopatológicas sistemáticas e sua caracterização em unidades nosológicas específicas (Emil Kraepelin, em Munique – 1856-1926 e Eugen Bleuler, em Zurique – 1857-1939) e do florescimento das Reformas Psiquiátricas denunciando os abusos praticados nos hospícios (Política de Setor da França, Comunidade Terapêutica e Psiquiatria do Serviço Nacional de Saúde da Grã-Bretanha, Reforma Psiquiátrica Italiana de Basaglia e Plano de Saúde Mental dos Estados Unidos, a partir de meados dos anos 1940), em serviços comunitários que buscam a reinserção social dos pacientes, não a segregação. Consagrado na Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, o modelo comunitário passou então a ser regulamentado no SUS (Bardaro; Mapelli Júnior, 2013).

A partir de 2005, inclusive, segundo informações apresentadas na 12<sup>a</sup> edição de Saú-

de Mental em Dados do Ministério da Saúde, ocorre uma reversão dos recursos financeiros antes destinados à assistência hospitalar para a rede substitutiva de atenção comunitária e territorial (Brasil, 2015a).

Ocorre que a partir de 2016 inicia-se um período marcado por uma descontinuidade da política em saúde mental até então orientado pela Reforma Psiquiátrica. Desde então, uma série de normatizações tem provocado mudanças estruturais nas políticas de saúde mental e sobre drogas.

Entre 2016 e 2022, há uma mudança de paradigma com o fortalecimento de hospitais psiquiátricos e crescente financiamento público de Comunidades Terapêuticas, ao mesmo tempo redução de investimentos para implantação anual dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Costa; Worcman, 2021).

Justamente nesse contexto, este trabalho busca analisar o papel das Comunidades Terapêuticas, entidades não governamentais e de eficácia ainda não comprovada, nos cuidados de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e drogas, cujo modelo de atuação se baseia no isolamento, abstinência e espiritualidade.

Outro objetivo é entender o seu percurso de fortalecimento dentro das políticas públicas relacionadas aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas, que passou a fazer parte da rede de atenção psicossocial do SUS e ao mesmo tempo financiada pelo Ministério da Cidadania, que passou a integrar em 2023 o Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome. Buscar-se-á esta compreensão por meio da análise da evolução normativa associada às comunidades terapêuticas.

Posteriormente, discute-se a natureza da comunidade terapêutica, indagando se podem ser consideradas como entidades de acolhimento ou equipamentos de saúde capazes de admitir pacientes para internação.

Todo esse percurso tem como objetivo final verificar se é possível a internação psiquiátrica em comunidades terapêuticas e em que circunstâncias.

## **2 Sobre as Comunidades Terapêuticas**

As Comunidades Terapêuticas no Brasil surgiram na década de 1960 com o propósito de acolher indivíduos dependentes ou usuários de drogas. Em contraste com o modelo tradicional, em que os médicos detinham o conhecimento e autoridade no processo terapêutico, as Comunidades Terapêuticas propunham uma abordagem mais horizontal. Nesse novo enfoque, os residentes eram encorajados a participar ativamente de seu próprio tratamento e a tomar decisões relacionadas ao processo de recuperação. Esse modelo de cuidado permitiu que os residentes fossem envolvidos nas decisões referentes à rotina, atividades e organização do ambiente, promovendo uma sensação de pertencimento e responsabilidade no processo de tratamento (Lima; Malheiro, 2018).

A convivência entre os pares é um dos componentes fundamentais nas comunidades terapêuticas. Dentro desse contexto, as interações e trocas de experiências desempenham um papel crucial na promoção de mudanças comportamentais positivas. Ao compartilhar suas vivências, desafios e conquistas com outros indivíduos que enfrentam situações semelhantes, os residen-

tes encontram apoio emocional, compreensão mútua e estímulo para superar obstáculos. Essa dinâmica de grupo proporciona um ambiente de aprendizado, crescimento pessoal e desenvolvimento de habilidades sociais, contribuindo significativamente para o processo de recuperação e reintegração dos indivíduos na sociedade.

A Comunidade Terapêutica emergiu, portanto, como uma resposta ao modelo tradicional centrado em hospitais psiquiátricos, proporcionando um ambiente acolhedor e inclusivo, com incentivo à participação dos residentes em seu próprio processo de recuperação, alinhando-se às ideias e princípios da Reforma Psiquiátrica e da Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001b) que preconiza a desinstitucionalização, a promoção da participação social, a humanização do cuidado e a valorização da autonomia dos usuários de serviços de saúde mental.

### 3 As Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Reforma Psiquiátrica propôs uma mudança significativa no paradigma de tratamento em saúde mental. Essa abordagem visava não apenas o fim do modelo de internação prolongada em instituições psiquiátricas (modelo asilar), mas também a reinserção dos pacientes na sociedade. Nesse contexto, a Lei 10.216/2001 surge como um importante marco legislativo, consolidando a promoção da atenção integral.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada como parte da implementação da Reforma Psiquiátrica, para funcionar de forma substitutiva ao modelo asilar, centrado nos hospitais psiquiátricos.

A RAPS foi instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b), posteriormente incorporada na Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/2017, anexo V, art. 5º (Brasil, 2017a).

Ela representa uma rede de serviços e ações coordenadas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que abrange diversos níveis de atenção, desde a atenção básica até a média e alta complexidade, com o objetivo de promover uma assistência integral e integrada às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Após recente alteração promovida pela Portaria GM/MS nº 757/2023 (Brasil, 2023c), a RAPS é constituída pelos seguintes componentes:

- I – Atenção básica em saúde: composta por Unidade Básica de Saúde (UBS) e Centros de Convivência e Cultura;
- II – Atenção Psicossocial: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- III – Atenção de Urgência de Emergência: composta pelo SAMU 192, Sala de Estabilização; UPA 24h; Pronto Socorro; UBS, entre outros;
- IV – Atenção Residencial de Caráter Terapêutico: composta pela Unidade de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V – Atenção Hospitalar composta por leitos de psiquiatria em hospital geral e serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Repristinado pela PRT GM/MS nº 757 de 21.06.2023);
- VI - Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelos Serviços Residenciais Terapêuticos.

VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial que consiste em iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

A RAPS pressupõe, também, pontos de atenção residencial de caráter transitório, que complementam os serviços de saúde porque a moradia é essencial na recuperação do indivíduo, dentre eles a Comunidade Terapêutica:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

No contexto das pessoas que têm um uso prejudicial de álcool e drogas, os principais serviços são oferecidos pela Atenção Básica e pelas diferentes modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo os CAPS ad (álcool e drogas).

Os CAPS fazem parte do componente de Atenção Psicossocial Especializada, possuindo uma abordagem territorial e contando com equipes multiprofissionais que atuam de forma interdisciplinar, voltado aos atendimentos de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidade decorrentes do uso de álcool e drogas (Brasil, 2023b).

Essa estrutura permite uma maior articulação entre os diferentes serviços e níveis de atenção, favorecendo um atendimento mais efetivo e amplo às pessoas que dele necessitam.

A intenção da criação da rede de atenção psicossocial é justamente que as ações e os cuidados com a pessoa em sofrimento psíquico sejam integrados, articulados, vinculados ao território, com resolutividade e base comunitária, observados seus contextos de vida e relações sociais (Brasil, 2013b).

Considerando que a rede de atenção necessita ser sistêmica, observou-se que muitas vezes o paciente em sofrimento psíquico tem associado determinantes sociais que vão além do seu estado de saúde e se relacionam com áreas da assistência social, educação, trabalho e renda, habitação e segurança pública.

Portanto, a RAPS busca não apenas fornecer o tratamento clínico, mas também promover ações com abordagem interdisciplinar e intersetorial, o que é fundamental para entender e enfrentar as diversas facetas dos problemas relacionados ao uso de drogas, buscando soluções que vão além do tratamento em si.

Muitas vezes é necessário abordar questões como o acesso à educação e capacitação profissional, o apoio para a reinserção no mercado de trabalho, o acolhimento e a assistência social para indivíduos em situação de vulnerabilidade, entre outros aspectos que podem influenciar o processo de recuperação.

Dito isso, e como se depreende da normativa que instituiu a RAPS e seus elementos, figura como parte do componente de atenção residencial de caráter transitório a Unidade de Acolhimento (UA), projetado para fornecer suporte aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nos

casos de pessoas em situação de grave vulnerabilidade social associado ao uso de crack, álcool e outras drogas.

É um serviço temporário vinculado ao CAPS, pois este quem direciona o usuário para acolhimento na UA a partir do seu Projeto Terapêutico Singular (PTS)<sup>1</sup> com prazo de até seis meses.

Embora a UA deva ser a principal estratégia de caráter residencial transitório, também está previsto na RAPS a possibilidade de a moradia transitória de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas ocorrer em outros pontos de atenção. Para tanto, foi previsto o Serviço de Atenção em Regime Residencial, destinado à oferta de “cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (Brasil, 2011b, p. 1). Dentre as unidades prestadoras deste Serviço, encontram-se as Comunidades Terapêuticas.

A Comunidade Terapêutica é um equipamento da RAPS desde a Portaria MS/GM nº 3.088/2011 (Brasil, 2011b) definido como “serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. E assim foi mantido na Portaria de Consolidação GM/MS nº 03, em seu anexo V (Brasil, 2017a).

Na tentativa de traçar o perfil das Comunidades Terapêuticas, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2017) identificou que esse serviço possui como base o tripé o trabalho-disciplina-espiritualidade, tendo como características: a abstinência, o isolamento social, a disciplina rígida para alteração do comportamento; o trabalho; o exercício da espiritualidade e a convivência entre os pares.

Ocorre que na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2004), o Ministério da Saúde reconheceu que a “abstinência não deve ser o único objetivo” no tratamento de usuários. Essa política enfatiza a redução de danos como uma abordagem tendente a ser exitosa, na qual estratégias são traçadas em conjunto com os usuários (Lima; Malheiro, 2018).

A redução de danos é uma política de saúde alinhada aos princípios do SUS (e por lógica da RAPS), que promove a autonomia do usuário e sua liberdade de escolha, tendo como base a singularidade e individualidade de cada pessoa.

É uma estratégia de saúde pública que busca controlar possíveis consequências adversas ao consumo de psicoativos – lícitos ou ilícitos – sem, necessariamente, interromper esse uso, e buscando inclusão social e cidadania para usuários de drogas (Brasil, 2023d, p. 2).

Paradoxalmente, ao inserir as Comunidades Terapêuticas na RAPS, tendo como abordagem terapêutica principal a abstinência (Art. 26-A, I, da Lei. 11.343/2006<sup>2</sup>), contraria-se toda a construção de cuidado integral que acolha as necessidades individuais de cada usuário. Não pare-

<sup>1</sup> Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/2017

Art. 9º (...)

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde. (BRASIL, 2017a).

ce haver um alinhamento direto com os princípios e lógica estruturante dessa rede.

#### 4 Normativas sobre Comunidades Terapêuticas

Inseridas na RAPS, as Comunidades Terapêuticas fazem parte das políticas públicas relacionadas aos cuidados do dependente de álcool e drogas, recebendo recursos financeiros do Poder Público.

A regulamentação das Comunidades Terapêuticas iniciou-se em 2001 com a edição pela ANVISA da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101 (Brasil, 2001a) que previa exigências mínimas de funcionamento delas. Posteriormente, a RDC foi substituída pela RDC nº 29 (Brasil, 2011a).

A autorização para aportes de recursos públicos federais ocorreu em 2012 com o Plano de Governo “Crack, é possível vencer” (Lima; Malheiro, 2018).

Uma das frentes de atuação desse plano se refere ao cuidado a pessoas que fazem uso problemático de SPAs. Além dos outros dispositivos de atenção, ficou estabelecido que as CTs de todo o país recebessem financiamento governamental, mediante seleção, com recursos oriundos do Fundo Nacional Antidrogas (Funad), gerido pela Senad. (Doudement; Conceição, 2018, p. 169).

No ano de 2011, as Comunidades Terapêuticas ingressaram no âmbito do SUS como ponto de atenção da RAPS pela Portaria MS/GM nº 3.088 (Brasil, 2011b). Também nesse mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) editou a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 29/2011 (Brasil, 2011a) para dispor “sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”.

Apesar da referida RDC não mencionar, a Nota Técnica nº 055/2013 – GRECS/GGTES/ANVISA (Brasil, 2013a) garantiu sua aplicabilidade às Comunidades Terapêuticas.

Alguns pontos importantes abordados pela RDC: (i) estabelece condições organizacionais, de infraestrutura e gestão de pessoal; (ii) obriga a existência de ficha individual para cada residente contemplando diversos itens e; (iii) define processos operacionais assistenciais.

Esta resolução foi um importante avanço ao obrigar esses estabelecimentos a cumprirem normas de segurança sanitária - embora não sejam um equipamento da saúde. Com a leitura do art. 1º e seu parágrafo único compreende-se melhor a natureza dessas entidades:

Art. 1º Ficam aprovados os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência.

Parágrafo único. O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento

<sup>2</sup> Art. 26-A. O acolhimento do usuário ou dependente de drogas na comunidade terapêutica acolhedora caracteriza-se por:

I - oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência; (Brasil, 2006, p. 1).

das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta Resolução (Brasil, 2011a, p. 1, Grifo nosso).

Já em 2015, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), dentro de sua competência normativa, regulamentou as Comunidades Terapêuticas classificando o equipamento como “estabelecimento de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção e reinserção social” e não “estabelecimentos de saúde” e caracterizando-o como “entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa.” (Brasil, 2015b, p. 1).

Não obstante notar um crescimento perene das Comunidades Terapêuticas, é a partir de 2016 que há um aumento significativo no investimento e nas contratações dessas entidades pelo Poder Público (por editais de credenciamento).

Nesta época, paralelamente à política de redução de implantação anual dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), houve um fortalecimento de hospitais psiquiátricos e de Comunidades Terapêuticas (Costa; Worcman, 2021).

Nesse sentido, Nelson Cruz, Renata Gonçalves e Pedro Delgado:

No período de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS veio a chamar de “Nova Política Nacional de Saúde Mental”. Essa ‘nova política’ se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser denominada “política nacional sobre drogas”, tendo esta grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas. (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020, p. 3).

Em dezembro de 2017 foi promulgada a resolução nº 32 (Brasil, 2017b) que estabeleceu as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) inserindo pela primeira vez o hospital psiquiátrico como parte integrante da rede. Nesta resolução há expressamente a intenção no fortalecimento e parceria com as Comunidades Terapêuticas (art. 11º).

Em 2019, por intermédio da Lei nº 13.840 (Brasil, 2019e), as Comunidades Terapêuticas passaram a fazer definitivamente parte do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. Esta lei alterou a Lei nº 11.343/2006 (Brasil, 2006), criando uma seção própria para tratar das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, definindo, no art. 26-A, suas características essenciais. Vejamos:

Art. 26-A. O acolhimento do usuário ou dependente de drogas na comunidade terapêutica acolhedora caracteriza-se por:

- I - oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência;
- II - adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas;
- III - ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal, vocacionada para acolhimento ao usuário ou dependente de drogas em vulnerabilidade social;
- IV - avaliação médica prévia;
- V - elaboração de plano individual de atendimento na forma do art. 23-B desta Lei; e



VI - vedação de isolamento físico do usuário ou dependente de drogas.

§ 1º Não são elegíveis para o acolhimento as pessoas com comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave que mereçam atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência, caso em que deverão ser encaminhadas à rede de saúde (Brasil, 2006, p. 1).

Essa mesma lei, juntamente com o Decreto nº 9.761/2019 (Brasil, 2019d), que instituiu o que se denominou, à época, a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), de atribuição do Ministério da Cidadania (art. 3º). Esta política foi muito criticada, pois tinha como meta a abstinência como estratégia de tratamento ao invés da política de redução de danos, que era comprovadamente mais bem sucedida.

Por essa nova política propunha-se, dentre outras diretrizes, “estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o trabalho de comunidades terapêuticas” (...) mas também às “entidades que as congreguem ou as representem” (Brasil, 2019d, p. 1) e

estimular e apoiar, inclusive, financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das Comunidades Terapêuticas e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, de prevenção e de capacitação continuada. (Brasil, 2019d, p. 1).

O autor Roberto Rocha Coelho Pires foi cirúrgico ao afirmar que:

as CTs têm assumido cada vez mais funções e papéis na produção de políticas públicas e nas relações com diferentes setores do Estado e atores do nosso sistema político. Percebe-se uma presença crescente dessa categoria nos diferentes ordenamentos jurídicos que organizam a provisão de serviços nas áreas da saúde, assistência social e acolhimento e tratamento de pessoas que fazem uso problemático de drogas. Montantes não desprezíveis de recursos públicos, nos três níveis de governo, têm sido destinados a financiar as atividades de CTs, desde o financiamento direto de vagas a múltiplas formas de subvenção e isenção fiscais (Pires, 2018, p. 133).

Diante de todo esse histórico, percebe-se que

a maior parte da literatura e das fontes pesquisadas indica que a atuação das CTs e seu processo de expansão desenvolveram-se quase que exclusivamente por meio do Poder Executivo. Seja por conselhos, secretarias ou até ministérios, nota-se o aparente predomínio do Executivo na canalização das demandas das CTs.[...]

O estudo de Machado (2011), porém, identifica um fenômeno interessante em relação ao desenvolvimento destas entidades. A autora ressalta como a CT estudada por ela passou de um empreendimento moral a um empreendimento político. Isso chama a atenção para um possível movimento que as CTs adquiriram, na última década, no sentido de se mobilizarem politicamente, elegendo, inclusive, representantes no Congresso Nacional, para os quais a principal bandeira é a recuperação de adictos por meio dessas instituições (Doudement; Conceição, 2018).

Extrai-se, portanto, que as Comunidades Terapêuticas têm ganhado destaque e desempenhado um papel cada vez mais relevante nas políticas públicas voltadas para o cuidado de pessoas dependentes de álcool e drogas no Brasil, integrando-se à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, ainda, recebendo financiamento público. Isso reflete um movimento político expressivo em busca de reconhecimento e legitimação.

## 5 Possibilidade (ou não) de internação em Comunidade Terapêutica

Como já abordado, a Comunidade Terapêutica integra a RAPS como uma entidade de acolhimento e não equipamento de saúde. Com essa premissa, não é adequado utilizar a palavra “internação” em Comunidade Terapêutica, justamente porque a palavra internação remete a serviços e/ou tratamentos médicos.

Segundo estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA as Comunidades Terapêuticas brasileiras podem ter a seguinte definição:

Iniciativas não governamentais, estas instituições se organizam em residências coletivas temporárias, onde ingressam pessoas que fazem uso problemático de drogas, que ali permanecem, por certo tempo, isoladas de suas relações sociais prévias, com o propósito de renunciarem definitivamente ao uso de drogas e adotarem novos estilos de vida, pautados na abstinência de [substâncias psicoativas]. Durante sua permanência nas CTs, estas pessoas submetem-se a uma rotina disciplinada, que abrange atividades de trabalho e práticas espirituais e/ou religiosas, além de terapias psicológicas, reuniões de grupo de ajuda mútua, entre outras, dependendo dos recursos financeiros e humanos à disposição de cada CT (Instituto [...], 2017, p. 8).

As Comunidades Terapêuticas não possuem capacidade para realizar tratamentos médicos, uma vez que são destinadas a adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, funcionando como serviços de atenção residencial. Essa definição está de acordo com o artigo 9º, inciso II, § 3º, do anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 (Brasil, 2017a).

Em estudo recente que identificou diversas características de 78 Comunidades Terapêuticas no Estado de São Paulo, no período de 2014 a 2016, Kátia Isicawa de Sousa Barreto *et al*, embora reconheçam que as Comunidades Terapêuticas preenchem uma lacuna na rede de assistência ao oferecer tratamento residencial a populações em situação de vulnerabilidade social, defendem a necessidade de fiscalização pública e a compreensão de que não podem ser confundidas com serviços médico-sanitários:

It is important to highlight that even though Therapeutic Communities (TCs) are integrated into the healthcare system, their primary purpose is to address the requirements of individuals seeking social protection and support. It is essential to avoid conflating this role with that of a medical health service (Barreto, 2024, p. 3).

O art. 23-A da Lei 11.343/2006 (Brasil, 2006) elimina qualquer dúvida que porventura surja ao estabelecer ordem de “prioridades” no tratamento de dependentes de drogas, qual seja, o tratamento ambulatorial e excepcionalmente formas de internação *em unidades de saúde e hospitais gerais*.

É em ambiente hospitalar que é promovida a internação, em qualquer de suas modalidades, voluntária, involuntária, ou mesmo compulsória (determinada por Juiz de Direito) por força de Lei nº 10.216/2001, sendo expressamente proibido que qualquer das três formas apresentadas ocorram em Comunidades Terapêuticas acolhedoras (art. 23-A, §9º).

Com isso, o legislador dirimiu qualquer dúvida sobre a possibilidade da comunidade terapêutica acolhedora ser um equipamento de saúde.

A resolução CONAD nº 01/2015 (Brasil, 2015b) em seu art. 2º e a Lei nº 11.343/2006 (Brasil, 2006), art. 26-A, inciso II, definem como característica da Comunidade Terapêutica a adesão e permanência voluntária, o que por si só, já torna a menção a palavra “internação” contraditória.

Inclusive no §1º, da resolução CONAD afirma que

as entidades que oferecerem serviços assistenciais de saúde ou executarem procedimentos de natureza clínica distintos dos serviços previstos nesta Resolução não serão consideradas comunidades terapêuticas e deverão, neste caso, observar as normas sanitárias e os protocolos relativos a estabelecimentos de saúde (Brasil, 2015b, p. 2).

Ao reconhecer a constitucionalidade da Resolução CONAD nº 01/2015, em ação civil pública ajuizada em São Paulo, a Justiça Federal decidiu que as Comunidades Terapêuticas apoiam a assistência terapêutica como recurso residencial, mas não são equipamentos de saúde, não podem receber recursos financeiros do SUS e não podem contemplar internações, voluntárias ou não (AGRAVO DE INSTRUMENTO nº 0016133-39.2016.4.03.0000/SP, na ACP nº 00149921820164036100 – TRF-3).

Um equipamento de saúde é configurado com tal a partir de suas características e atividades específicas independentemente da nomenclatura que adota. Portanto, uma Comunidade Terapêutica que “interna” pacientes e oferece serviços médicos não é uma Comunidade Terapêutica, mas um estabelecimento clínico hospitalar sujeito a regramentos específicos desta atividade (tais como RDC 50/2002, RDC 63/2011, RDC 36/2013 e RDC 222/2018).

Vale mencionar a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.056/2013 corrobora com tudo que foi dito ao afirmar em seu art. 29 que:

Art. 29. Nos termos destas normas não são considerados serviços de assistência médica os serviços residenciais, sociais e de reabilitação que não tenham finalidade médica, tais como centros de convivência, moradias supervisionadas, asilos, comunidades terapêuticas não médicas (acolhedoras) e similares.

§ 1º. Nesses estabelecimentos não devem ocorrer prescrições médicas, sendo terminantemente vedadas internações involuntárias e compulsórias em função de transtorno psiquiátrico, entre os quais a dependência química, ou de patologias que requeiram atenção médica presencial e constante (Conselho Federal de Medicina, 2013a, p. 10).

Portanto, qualquer encaminhamento ou admissão na modalidade involuntária ou compulsória é ilegal.

Neste ponto, vale um esclarecimento, apesar de ter sido admitido pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.482/2016 (Brasil, 2016) a inclusão de Comunidades Terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), isso não a tornou um equipamento de saúde.

Isto porque ao incluir a Comunidade Terapêutica elegível ao cadastramento do CNES, o fez estabelecendo inserindo-a no tipo 83 – Polo de prevenção de doenças e agravos

e promoção da saúde –, conceituado como estabelecido no art. 1º, §2º:

os estabelecimentos que desenvolvem atividades de Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e Agravos e Produção do Cuidado, cujas ações e serviços de saúde são de caráter individual ou coletivo, compreendendo práticas corporais, artísticas e culturais, práticas integrativas e complementares, atividades físicas, promoção da alimentação saudável ou educação em saúde (Brasil, 2016, p. 1).

Desta forma, estabelecimento clínico hospitalar e Comunidade Terapêutica não se confundem.

A propósito, a lei nº 10.216/2001 estabelece três espécies de internação: voluntária, involuntária e compulsória. E conceitua da seguinte forma: “Internação voluntária é aquela que se dá com o consentimento do usuário”; “involuntária é aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro e”; “compulsória é aquela determinada pela Justiça.” (Brasil, 2001b, p. 1).

Na mesma lei, é expresso que a “internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos” (Brasil, 2001b, p. 1). Diz também que “a internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico registrado no CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.” (Brasil, 2001b, p. 1). Há uma mesma previsão na Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/2017, no Anexo V, art. 66 (Brasil, 2017a).

Inclusive no art. 64, mais uma vez confirma-se que apenas estabelecimento de saúde (e não comunidade terapêutica) estão aptos a receber pacientes para internação:

Art. 64. Os estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde, observarão o disposto neste Título para efetuarem as internações psiquiátricas voluntárias ou involuntárias, conforme o disposto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Brasil, 2017a, p. 1).

Dito isso, necessário fazer algumas observações:

Todos os tipos de internação demandam a apresentação de laudo médico.

No que concerne à internação voluntária, é requisito obrigatório que o paciente consinta formalmente, conforme estabelecido no art. 72, do Anexo V, da Portaria de Consolidação nº 03/2017.

Já em relação à internação involuntária, é obrigatória a notificação ao Ministério Público dentro de 72h (art. 8º, §1º, da Lei 10.216/01), sendo o laudo médico integrante fundamental do processo, devendo conter as informações obrigatórias delineadas no art. 68, § único, do Anexo V, da Portaria de Consolidação nº 03/2017:

Parágrafo Único. O laudo médico é parte integrante da Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, a qual deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações:

- I - identificação do estabelecimento de saúde;
- II - identificação do médico que autorizou a internação;
- III - identificação do usuário e do seu responsável e contatos da família;

- IV - caracterização da internação como voluntária ou involuntária;
- V - motivo e justificativa da internação;
- VI - descrição dos motivos de discordância do usuário sobre sua internação;
- VII - CID;
- VIII - informações ou dados do usuário, pertinentes à Previdência Social (INSS);
- IX - capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é interditado ou não; e
- X - informações sobre o contexto familiar do usuário;
- XI - previsão estimada do tempo de internação (Brasil, 2017a, p. 1).

Ademais, de acordo com o art. 31, da Resolução CFM nº 2.057/2013, a internação involuntária somente ocorrerá se o paciente apresentar uma das seguintes condições: Incapacidade grave de autocuidados; risco de vida ou de prejuízos graves à saúde; risco de autoagressão ou heteroagressão; risco de prejuízo moral ou patrimonial; risco de agressão à ordem pública (Conselho Federal de Medicina, 2013b).

É imprescindível a existência de um adequado fluxo de atendimento e encaminhamento após a internação, garantindo que o paciente seja direcionado adequadamente dentro da rede de atenção. Até porque a internação psiquiátrica involuntária para pessoas dependentes de drogas “perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável” (Brasil, 2019e, p. 1), nos termos do art. 23-A, §5º, III, da Lei n. 11.343/2006.

Por fim, a internação compulsória é uma medida excepcional e determinada judicialmente pois ocorre, da mesma forma que a involuntária, contra a vontade do paciente, exigindo-se laudo médico nos mesmos moldes supracitados. Além disso, a Resolução CFM nº 2.057/2013, no art. 33, prevê que é do médico assistente a atribuição em apontar a natureza e o tipo de tratamento ministrado, inclusive sobre a determinação da alta. Portanto, não cabe ao Juiz determinar internação sem respaldo em laudo médico, tampouco estabelecer o tempo de duração da internação.

Se o magistrado mantiver a internação, mesmo após alta médica, poderá caracterizar possível crime de cárcere privado e abuso de direito, configurando violação ao direito fundamental à liberdade:

[...] em suma, por caracterizar a restrição da liberdade em um Estado Democrático de Direito que garante inviolabilidade dela e a concessão de habeas corpus se for ameaçada ou restringida indevidamente (art. 5º, caput, e inciso LXVIII, CF), a internação psiquiátrica somente é possível dentro da estrita legalidade (Bardaro; Mapelli Júnior, 2013).

Apesar de haver indagações, a internação compulsória já foi reconhecida em diversas ocasiões como legal pelo STJ:

HABEAS CORPUS. PROCESSO CIVIL DE INTERDIÇÃO. INTERNAÇÃO JUDICIAL. ENFERMIDADE MENTAL. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL (TPAS). LAUDO PERICIAL. INTERNAÇÃO RECOMENDADA.

1.- É admitida, com fundamento na Lei 10.216/01, em processo de interdição, da competência do Juízo Cível, a determinação judicial da internação psiquiátrica compulsória do enfermo mental perigoso à convivência social, assim reconhecido por laudo técnico

pericial, que conclui pela necessidade da internação. Legalidade da internação psiquiátrica compulsória. Observância da Lei Federal n. 10.216/01 e do Decreto Estadual n. 53.427/0.8, relativo à aludida internação em Unidade Experimental de Saúde.

2.- A anterior submissão a medida sócio-educativa restritiva da liberdade, devido ao cometimento de infração, correspondente a tipo penal, não obsta a determinação da internação psiquiátrica compulsória após o cumprimento da medida sócio-educativa. Homicídios cometidos com perversidade de agressão e afogamento em poça d'água contra duas crianças, uma menina de 8 anos e seu irmão, de 5 anos, para acobertar ataque sexual contra elas.

3.- Laudos que apontam o paciente como portador de transtorno de personalidade antissocial - TPAS (dissocial - CID. F60.2): “Denota agressividade latente e manifesta, pouca capacidade para tolerar contrariedade e/ou frustrações, colocando suas necessidades e desejos imediatos pessoais acima das normas, regras e da coletividade, descaso aos valores éticos, morais, sociais ou valorização da vida humana, incapacidade de sentir e demonstrar culpa ou arrependimento. Características compatíveis com transtorno de personalidade sociopática aliada à limitação intelectual, podendo apresentar, a qualquer momento, reações anormais com consequências gravíssimas na mesma magnitude dos atos infracionais praticados, sendo indicado tratamento psiquiátrico e psicológico em medida de contenção”.

4.- O presente julgamento, no âmbito da 3ª Turma, harmoniza a jurisprudência de ambas as Turmas da 2ª Seção desta Corte, na mesma orientação do HC 169.172-SP, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO, em caso de grande repercussão nacional, no sentido de que “a internação em qualquer de suas modalidades, só será iniciada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficiente”. Tal dispositivo contém ressalva em sua parte final, dispensando a aplicação dos recursos extra-hospitalares se houver demonstração efetiva da insuficiência de tais medidas. (...) A internação compulsória em sede de ação de interdição, como é o caso dos autos, não tem caráter penal, não devendo ser comparada à medida de segurança ou à medida socioeducativa a que esteve submetido no passado o paciente em face do cometimento de ato infracional análogo a homicídio e estupro. Não se ambiciona nos presentes autos aplicar sanção ao ora paciente, seja na espécie de pena, seja na forma de medida de segurança”.

5.- Legalidade da internação psiquiátrica compulsória. Determinação de reavaliação periódica.

6.- Denegada a ordem de Habeas Corpus, com observação. (Brasil, 2014, p. 1).

Fica evidente que a internação, em qualquer de sua modalidade, somente deve ocorrer quando todas as medidas extra-hospitalares e em serviços comunitários de saúde não forem bem-sucedidas e sempre terá a finalidade de reinserção social do paciente em seu meio (Bardaro; Mapelli Júnior, 2013).

Corroborando o que foi dito, recentemente foi aprovado o enunciado nº 116, aprovado na VI Jornada de Direito da Saúde, do Conselho Nacional de Justiça, que apesar de não ter força vinculante, é uma diretriz/parâmetro para subsidiar as decisões dos magistrados:

O pedido de internação compulsória somente será apreciado mediante comprovação de esgotamento de outros recursos com possibilidades de tratamento. A comprovação deverá ser feita por meio de laudo firmado por médico, com base em relatórios ou outros documentos indicando que os recursos extra-hospitalares foram manejados sem sucesso (Conselho Nacional de Justiça, 2023, p. 1).

As internações são parte de um tratamento de saúde ao usuário ou dependente de drogas

onde Comunidades Terapêuticas não fazem parte desta estrutura e, portanto, não podem, em hipótese alguma, receber pacientes para “internação”, pois este serviço se baseia na convivência entre os pares.

Afirma-se, nesta linha de raciocínio, que determinações de internações involuntárias ou compulsórias nessas entidades são manifestamente ilegais e abusivas.

Da mesma forma não se vislumbra possível o acolhimento de crianças e adolescentes, pessoas com deficiência e idosos nesses locais, pois a Portaria de Consolidação GM/MS nº 03 (Brasil, 2017a) é clara ao afirmar que somente poderão ser aceitos na entidade adultos capazes, pois deverão manifestar livremente sua vontade em ingressar e permanecer naquele espaço.

Nesse sentido, a Justiça Federal de Pernambuco julgou ilegal a Resolução nº 03/2020, do CONAD, que autorizava o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas (ACP nº 0813132-12.2021.4.05.8300).

Podemos concluir que as Comunidades Terapêuticas são entidades de acolhimento, de caráter residencial e voluntário, para adultos capazes, que utilizam a convivência entre os indivíduos como principal instrumento terapêutico.

As Comunidades Terapêuticas caracterizam-se, portanto, como *estabelecimentos de interesse à saúde* (Brasil, 2013a) que oferecem cuidados para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, servindo, portanto, de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, não se prestando a atender agravos clínicos de fase aguda da dependência química.

Nesse sentido, vimos acertadamente decisões judiciais:

EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO - TUTELA ANTECIPADA - ART. 300 CPC - REQUISITOS COMPROVADOS - INTERDIÇÃO DE COMUNIDADE TERAPÊUTICA - IRREGULARIDADES ADMINISTRATIVAS E SANITÁRIAS - DECISÃO INTERLOCUTÓRIA MANTIDA. - Para a concessão da tutela provisória de urgência, necessário que a parte comprove a probabilidade do direito reclamado, aliado ao perigo de dano, requisitos exigidos pelo artigo 300, CPC. - Comprovados os requisitos legais, deve ser mantida a decisão interlocutória que acolheu o pedido de interdição do estabelecimento, bem como impôs obrigação de fazer à administradora do local, a fim de proceder a desinternação dos pacientes. - Ademais, nos termos do artigo 23-A, §9º, da Lei 11.343/2006, é vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras. Decisão interlocutória mantida, na íntegra. (TJMG - Agravo de Instrumento-Cv 1.0000.21.117488-3/001, Relator(a): Des.(a) Luiz Artur Hilário, 9ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 21/06/2022, publicação da súmula em 24/06/2022) (Minas Gerais, 2022, p. 1, Grifo nosso).

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - REEXAME NECESSÁRIO DE OFÍCIO - AÇÃO CIVIL PÚBLICA - ARTIGO 19 DA LEI DE AÇÃO POPULAR - APLICAÇÃO ANALÓGICA - CLÍNICA MÉDICA - COMUNIDADE TERAPÊUTICA - PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL DECORRENTE DE ABUSO DE ÁLCOOL E DROGAS (CAPS-AD) - INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA SEM DETERMINAÇÃO JUDICIAL - IMPOSSIBILIDADE - IRREGULARIDADES SANITÁRIAS E INADEQUAÇÃO DOS SERVIÇOS - LEI ESTADUAL 11.802/1995 - ENCAMINHAMENTO A CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL - RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO - EFETIVA E ININTERRUPTA ASSISTÊNCIA A PACIENTES ORIUNDOS DE CLÍNICA IRREGULAR - CONDENAÇÃO GENÉRICA - IMPOSSIBILIDADE.- As ações civis públicas estão sujeitas ao reexame necessário, dentro do sistema processual de tutela coletiva, interpretado de forma integrada, em prol do

patrimônio e do interesse públicos. Aplicação analógica do disposto no art. 19 da Lei de Ação Popular (LAP, Lei nº 4.717/65).- A instituição habilitada para manter comunidade terapêutica se destina ao acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do abuso de álcool e drogas, de adesão exclusivamente voluntária à terapia e, conseqüentemente, é ilegal a realização de internações compulsórias.- A internação compulsória decorre de determinação judicial, cabendo ao ente público condenado, Estado ou Município, dar cumprimento à decisão que determinou a internação do paciente.- A internação em leitos públicos, ou conveniados com o poder público, terá encaminhamento exclusivo dos centros de referência de saúde mental públicos, ou dos serviços públicos de emergência psiquiátrica. (Lei Estadual 11.802/1995).- Havendo irregularidades no estabelecimento de saúde, imperativo o encerramento de suas atividades, até que todos os problemas sejam sanados. (TJMG - Apelação Cível 1.0701.14.025318-1/001, Relator(a): Des.(a) Alice Birchall, 7ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 24/04/2018, publicação da súmula em 03/05/2018) (Minas Gerais, 2018, p. 1, Grifo nosso).

AGRAVO DE INSTRUMENTO - DEPENDENTE QUÍMICO - INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA - TRANSFERÊNCIA PARA TRATAMENTO EM HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL - RELATÓRIO MÉDICO QUE ATESTA COMPORTAMENTO AGRESSIVO - RISCO - PRESERVAÇÃO DA SAÚDE DO PACIENTE E INCO-LUMIDADE DA SOCIEDADE - TUTELA RECURSAL CONFIRMADA ATÉ QUE LAUDO MÉDICO CIRCUNSTANCIADO, A SER PRODUZIDO NO CURSO DA DEMANDA, INDIQUE SER OUTRO O TRATAMENTO ADEQUADO - AGRAVO PROVIDO (TJSP; Agravo de Instrumento 2279043-65.2023.8.26.0000; Relator (a): Joel Birello Mandelli; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Público; Foro de Pedregulho - Vara Única; Data do Julgamento: 11/03/2024; Data de Registro: 11/03/2024) (São Paulo, 2024, p. 1, grifo nosso).

Apesar de evidenciada essa diferença entre equipamento de saúde e comunidade terapêutica, não é isso que se verifica na prática. Em 2017, em Inspeção Nacional de Comunidades Terapêuticas, foram fiscalizados 28 (vinte e oito) estabelecimentos, em que todos apresentavam alguma prática de violação de direitos humanos e grande parte “tem o isolamento ou a restrição do convívio social como eixo central do suposto tratamento oferecido”, instalação em local de difícil acesso, incomunicabilidade e visitas restritas, restrições à saída, retenção de documentos ou dinheiro etc. (Conselho Federal De Psicologia, 2017).

## 6 Conclusão

A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a luta antimanicomial provocaram mudanças significativas no modelo de assistência às pessoas com sofrimento mental, de um modelo medicalizador-hospitalocêntrico para um modelo de atenção centrado em serviços abertos, comunitários e territorializados. Serviços substitutivos dão lugar às internações em hospitais psiquiátricos.

Nos últimos anos, em especial, a partir de 2016, inicia-se um rompimento com todas essas políticas até então consolidadas, com a edição de vários atos normativos, sendo por muito considerado um verdadeiro desmonte na política de saúde mental, ao restabelecer ações e serviços focados novamente no isolamento e exclusão social.

Nesse contexto, as Comunidades Terapêuticas têm ocupado espaço significativo no atendimento de pessoas que enfrentam problemas relacionados ao uso de drogas e álcool, sendo reconhecidas como parte da rede de atenção psicossocial do SUS como recurso residencial e ao mesmo tempo sendo financiadas pelo Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome (antigo Ministério da Cidadania), ganhando expressivos aportes de recursos



públicos diretos e indiretos (imunidade tributária) enquanto os serviços de bases comunitárias, que acontecem na atenção básica e nos centros de atenção psicossocial, tiveram seus investimentos reduzidos ou ao menos estagnados.

A precarização dos serviços de saúde mental afeta sobremaneira a qualidade e abrangência do atendimento, dificulta a articulação com outras áreas, afeta a própria disponibilidade do serviço e leva diminuição do número de profissionais disponíveis, fazendo com que o caminho imediatista de tratamento seja o modelo psiquiátrico medicamentoso e o encaminhamento de pacientes para locais com características asilares.

E justamente quando o Estado não oferece serviços suficientes ou adequados na área da dependência química e da saúde mental é que há uma ampliação de forças das Comunidades Terapêuticas, que surgem para preencher esses vazios assistenciais e fornecer apoio e tratamento às pessoas que enfrentam essas condições.

As Comunidades Terapêuticas surgem, equivocadamente, como uma alternativa viável e rápida para excluir do convívio social aqueles indivíduos que enfrentam dependência química e são considerados casos graves. Lembrando que elas desempenham um papel específico e limitado dentro da rede de atenção à saúde, sendo entidades de acolhimento e não equipamentos de saúde.

É fundamental ressaltar, portanto, que as Comunidades Terapêuticas não possuem capacidade para realizar tratamentos médicos, sendo destinadas apenas a indivíduos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de drogas. Nesse sentido, a legislação brasileira estabelece claramente que a internação nessas entidades é proibida, seja ela voluntária, involuntária ou compulsória, reservando essa prerrogativa exclusivamente aos estabelecimentos de saúde, conforme determinado pelo artigo 23-A da Lei nº 11.343/2006.

A proibição da internação em CTs visa garantir que apenas os estabelecimentos de saúde, devidamente habilitados e capacitados, realizem internações seguindo os protocolos e procedimentos adequados, incluindo a apresentação de laudo médico e o consentimento do paciente, quando aplicável. Tal medida visa assegurar o respeito aos direitos fundamentais dos usuários, bem como a qualidade e segurança dos serviços de saúde prestados.

Portanto, diante das evidências apresentadas, conclui-se que a internação psiquiátrica em Comunidades Terapêuticas não é possível dentro do arcabouço legal vigente. As Comunidades Terapêuticas devem ser compreendidas como entidades de acolhimento voluntário, que oferecem apoio a adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool e drogas, sem substituir os serviços de saúde mental e sem possibilidade de realizar internações voluntárias, involuntárias ou compulsórias.

## Referências

BARDARO, R; MAPELLI JÚNIOR, R. Saúde mental: legislação e normas aplicáveis. *In*: MATEUS, M. D. (org.). **Políticas de saúde mental**: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013-. p. 376-399.

BARRETO, K. I. S. *et al.* Intervention diversity predicts social rehabilitation indicators at discharge in Therapeutic Communities. **Journal of Substance Use and Addiction Treatment**, 17 abr. 2024. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209374>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2949875924000869>. Acesso em: maio 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota técnica nº 055/2013 – GRECS/GGTES/Anvisa**. Esclarecimentos sobre artigos da RDC Anvisa Nº 29/2011 e sua aplicabilidade nas instituições conhecidas como comunidades terapêuticas e entidades afins. Brasília: Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde, 2013a. Disponível em: [http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/5906701/Nota\\_T%C3%A9cnica\\_55\\_2013/75219a81-22f3-4405-8e3c-346928c91815](http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/5906701/Nota_T%C3%A9cnica_55_2013/75219a81-22f3-4405-8e3c-346928c91815). Acesso em: mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Resolução nº 01, de 19 de agosto de 2015. Regula, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2015b. Disponível em: [https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/421/3/RES\\_CONAD\\_2015\\_1.htm](https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/421/3/RES_CONAD_2015_1.htm). Acesso em: mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Brasileira de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html). Acesso em: mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101 de 30 de maio de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/rdc0101\\_31\\_05\\_2001.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/rdc0101_31_05_2001.html). Acesso em: mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Atenção Psicossocial. Ações e programas. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps>. Acesso em: mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017: consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html). Acesso em: abril. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Brasília: Ministério da Saúde, 2023c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-757-de-21-de-junho-de-2023-491629280>. Acesso em: mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES o tipo 83 – Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482\\_25\\_10\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html). Acesso em: mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redução de danos: saúde e cidadania. Brasília: Ministério da Saúde, 2023d.

folder. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006003202.pdf>. Acesso em: mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde mental em dados 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1EQLh9aeG2AQBbmda99-wujdHjwxAh30d/view>. Acesso em: mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0204.pdf>. Acesso em: mar. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001b.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm). Acesso em: mar. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Secretária-geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília: Presidência da República, 2019e.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Presidência da República, 2019d. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm). Acesso em: mar. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma) **Habeas Corpus. Processo Civil de interdição**. Internação Judicial. enfermidade mental. transtorno de personalidade antisocial (TPAS). laudo pericial. internação recomendada. Relator: Min. Sidnei Beneti, 17 de dezembro de 2013. Lex: jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, Brasília: STJ, 2014. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=%28HC.clas.+e+%40num%3D%22135271%22%29+ou+%28HC+adj+%22135271%22%29.suce>. Acesso em: mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: mar. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.056, de 12 de novembro de 2013. Disciplina os departamentos de fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas. Brasília: CFM, 2013a. Disponível: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2056\\_2013.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2056_2013.pdf). Acesso em: mar. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.057, de 12 de novembro de 2013. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria. Brasília: CFM, 2013b. Disponível: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2057>. Acesso em: mar. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/ Ministério Público Federal. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017. Brasília: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: mar. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Fórum nacional do judiciário para a saúde. Novos enunciados aprovados na vi jornada de direito da saúde. Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/04/enunciados-aprovados-vi-jornada-saude.pdf>. Acesso em: mar. 2024.

COSTA, L.; WORCMAN, N. (coord.). **Painel saúde mental: 20 anos da Lei 10.216/01**. Brasília: Desinstitute, 2021. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1VBM6qPcPuWsVCSsfBifh6voQelIN36r/view?usp=sharing>. Acesso em: mar. 2024.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. **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, p. 1-22, 2020.

DOUDEMMENT, M.; CONCEIÇÃO, V. N. M. Frente parlamentar em defesa das comunidades terapêuticas. In: SANTOS, M. P. G. **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p. 167-186. Disponível em: [https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/190103\\_comunidades\\_terapeuticas\\_cap8.pdf](https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/190103_comunidades_terapeuticas_cap8.pdf). Acesso em: mar. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. Nota Técnica nº 21. Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Rio de Janeiro: IPEA, 2017.

LIMA, D. D.; MALHEIRO, L. Questões atuais sobre a política de drogas no Brasil: comunidade terapêutica e a atenção em saúde. In: TAVARES, L. A.; NUÑES, M. E.; COUTINHO, M. (org.). **A atenção integral ao consumo e aos consumidores de psicoativos conexões interdisciplinares**. Salvador: EDUFBA, 2018. p. 147-160. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/33251>. Acesso em: 13 jul. 2023.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG). **Agravo de Instrumento nº 1.0000.21.117488-3/001**. Ementa: Tutela Antecipada - Art. 300 CPC - Requisitos Comprovados - Interdição de Comunidade Terapêutica - Irregularidades Administrativas e Sanitárias - Decisão Interlocutória Mantida. Relator: Des. Luiz Artur Hilário. 9ª Câmara Cível. Julgamento em 21/06/2022. Publicação da Súmula em 24/06/2022.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG). **Apelação Cível nº 1.0701.14.025318-1/001**. Ementa: Reexame Necessário de Ofício - Ação Civil Pública - Artigo 19 da Lei de Ação Popular - Aplicação Analógica - Clínica Médica - Comunidade Terapêutica - Portadores de Transtorno Mental Decorrente de Abuso de Álcool e Drogas (CAPS-AD) - Internação Compulsória sem Determinação Judicial - Impossibilidade - Irregularidades Sanitárias e Inadequação dos Serviços - Lei

Estadual 11.802/1995 - Encaminhamento a Centro de Atendimento Psicossocial - Responsabilidade do Município - Efetiva e Ininterrupta Assistência a Pacientes Oriundos de Clínica Irregular - Condenação Genérica - Impossibilidade. Relator: Des. Alice Birchal. 7ª Câmara Cível. Julgamento em 24/04/2018. Publicação da Súmula em 03/05/2018. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/938055382/inteiro-teor-938055686>. Acesso em: mar. 2024.

PERNAMBUCO (Estado). 12ª Vara Federal. **Ação Civil Pública nº 0813132-12.2021.4.05.8300**. Dispositivo da sentença: por todo o exposto, confirmo a liminar e JULGO PROCEDENTES OS PEDIDOS, nos termos do art. 487, I, do CPC, para declarar a ilegalidade da Resolução nº 3/2020 - CONAD [...]. Disponível em: <https://pje.jfpe.jus.br/pjeconsulta/ConsultaPublica/DetalheProcessoConsultaPublica/documentoSemLoginHTML.seam?idProcessoDocumento=da219foe2fc032ff88fd63875f3f1214>. Acesso em: maio. 2024).

PIRES, R. R. C. Um campo organizacional de comunidades terapêuticas no Brasil?: dos processos de convergência e suas implicações às clivagens emergentes. In: SANTOS, M. P. G. dos. **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p. 133-166. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9462/1/Um%20campo%20organizacional.pdf>. Acesso em: mar. 2024.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP). **Agravo de Instrumento nº 2279043-65.2023.8.26.0000**. Ementa: Dependente Químico - Internação Compulsória em Comunidade Terapêutica - Transferência para Tratamento em Hospital de Saúde Mental - Relatório Médico que Atesta Comportamento Agressivo - Risco - Preservação da Saúde do Paciente e Incolumidade da Sociedade - Tutela Recursal Confirmada até que Laudo Médico Circunstanciado, a Ser Produzido no Curso da Demanda, Indique Ser Outro o Tratamento Adequado - Agravo Provido. Relator: Joel Birello Mandelli. Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Público. Foro de Pedregulho - Vara Única. Data do Julgamento: 11/03/2024. Data de Registro: 11/03/2024.

SÃO PAULO (Estado). Poder Judiciário. Tribunal Regional Eleitoral da 3ª Região. **AGRAVO DE INSTRUMENTO nº 0016133-39.2016.4.03.0000/SP, ACP nº 00149921820164036100**. Ementa: agravo de instrumento. Processual civil. Ação civil pública. Regulamentação das comunidades terapêuticas. Resolução CONAD Nº 01/2015. LEI Nº 11.343/2006 com a redação dada pela LEI Nº 13.840/2019 [...]. São Paulo: TRF, 2019. Disponível em: <https://web.trf3.jus.br/acordaos/Acordao/BuscarDocumentoGedpro/7286477>. Acesso em: maio. 2024.