

**Financiamento  
público de  
comunidades  
terapêuticas  
brasileiras**  
entre 2017 e 2020

**Financiamento público de comunidades  
terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**

---

#### **Conectas Direitos Humanos**

**Direção:** Juana Kweitel (Diretora-executiva), Camila Asano (Diretora de programas), Marcos Fuchs (Diretor jurídico e financeiro)

**Conselho deliberativo:** Anamaria Schindler, Andre Degenszajn, Denise Dora, Douglas Belchior, Flavia Regina de Souza, Hélio Menezes, Malak Poppovic, Margarida Genevois, Marcelo Furtado, Oscar Vilhena, Renata Reis, Silvio Almeida, Sueli Carneiro, Theo Dias (Presidente)

**Conselho fiscal:** Emilio Martos, Heloísa Motoki, Luigi Puntel

#### **CEBRAP - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento**

**Presidente:** Marcos Nobre

**Diretor Científico:** Raphael Neves

**Diretora Administrativa:** Graziela Castello



#### **FICHA TÉCNICA**

**Realização:** Conectas Direitos Humanos e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – CEBRAP

**Coordenação do projeto:** Carolina Toledo Diniz, Gabriel Sampaio, Henrique Apolinário

**Coordenação da Pesquisa:** Mauricio Fiore

**Assistente de Pesquisa:** Laura Simões Camargo

**Consultoria técnica:** Tomás Wissenbach

**Apoio técnico:** Juliana Shiraishi

**Consultoria em saúde mental:** Debora Gomes Medeiros, Luis Fernando Tófoli

**Revisão:** Carolina Toledo Diniz, Isabela Oliveri Lopes, Roberta Marina dos Santos

**Edição e Revisão de texto:** Ofir Maryuri Mora Grisales

**Diagramação:** W5 Criação e Design

**Parecer Jurídico:** Szazi, Bechara, Storto, Reicher e Figueirêdo Lopes Advogados (SBSA Advogados), Paula Raccanello Storto, Stella Camlot Reicher, Beatriz Lemos Brandão Schirra, Vinicius Fidelis Costa, Fernando Arruda de Moraes

Esse relatório executivo é baseado em um levantamento realizado por pesquisadores do CEBRAP em parceria com a Conectas Direitos Humanos e com apoio da Open Society Foundation. Ele apresenta a consolidação dos dados e dos principais achados da pesquisa e propõe alguns pontos para o debate sobre o financiamento público de Comunidades Terapêuticas no Brasil.



## Sumário

<b>1. SÍNTESE DOS RESULTADOS</b>	<b>7</b>
<b>2. INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>3. METODOLOGIA: OBSTÁCULOS E O QUE INDICAM SOBRE O FINANCIAMENTO PÚBLICO DE CTs</b>	<b>12</b>
<b>4. VOLUME E CONFORMAÇÃO DO FINANCIAMENTO PÚBLICO DE CTs ENTRE 2017 E 2020</b>	<b>18</b>
<b>5. PONDERAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DE EMENDAS PARLAMENTARES</b>	<b>30</b>
<b>6. FINANCIAMENTO DE CTs COMO POLÍTICA PÚBLICA: PLANEJAMENTO E CONTROLE</b>	<b>33</b>
<b>7. UM BALANÇO DA LITERATURA ACERCA DA EFETIVIDADE DAS CTs</b>	<b>37</b>
<b>8. BIBLIOGRAFIA CITADA</b>	<b>43</b>
<b>9. ANEXO I - PARECER JURÍDICO SOBRE A LEI COMPLEMENTAR Nº 187/21 E A NATUREZA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS</b>	<b>46</b>
<b>10. ANEXO II - QUESTIONÁRIO BASE ENVIADO PARA GOVERNOS ESTADUAIS, DISTRITAL E PREFEITURAS DE CAPITALIS</b>	<b>60</b>

## 1. SÍNTESE DOS RESULTADOS

- A. As Comunidades Terapêuticas (CTs) são entidades privadas que realizam acolhimento residencial temporário de pessoas que fazem uso problemático de drogas. Surgidas enquanto conceito comunitário de tratamento em saúde mental nos anos 1950, as CTs tiveram um desenvolvimento bastante peculiar no Brasil, onde seu modelo de atuação se baseia no isolamento, na abstinência e, na grande maioria dos casos, na associação com denominações religiosas.
- B. Há dificuldade de acesso aos dados sobre financiamento público de CTs no Brasil. Os problemas vão da opacidade das peças orçamentárias à violação de prazos da Lei de Acesso à Informação. Parte desses obstáculos parecem ser peculiares dessa relação entre o poder público e as CTs.
- C. Embora venha crescendo em volume e possa ser considerada uma política pública em âmbito federal, estadual e municipal, o tipo de serviço contratado pelo Estado junto às CTs se situa em uma zona de indeterminação, transitando entre setores diferentes dos governos: saúde, assistência social, segurança, entre outros, o que reforça a ambiguidade apontada pela literatura para caracterizar a atuação dessas entidades.
- D. Nos últimos anos, houve crescimento dos recursos públicos despendidos com CTs. O montante de investimento federal entre 2017 e 2020 chegou a R\$ 300 milhões e, considerados os valores repassados por governos e prefeituras de capitais, atingiu-se R\$ 560 milhões. A tendência mais provável é que o investimento continue crescendo, especialmente por parte do governo federal, que faz do repasse às CTs o eixo principal de sua política de cuidado a quem faz uso problemático de drogas. Além disso, com a sanção da Lei Complementar 187/2021, as CTs passaram a ter o direito de buscar imunidade tributária e, assim, receber financiamento público indireto.
- E. O levantamento identificou que 14 estados e o Distrito Federal financiaram vagas em CTs, totalizando, no período investigado, um gasto de cerca de R\$ 250 milhões, com tendência de crescimento; foram encontrados pagamentos para CTs em nove prefeituras de capitais, atingindo um volume total investido no período de cerca de R\$ 19 milhões, também com tendência de crescimento.
- F. Há concentração de recursos públicos investidos em CTs em dois níveis: regional, com alguns estados recebendo proporcionalmente mais recursos do que outros, e entre as próprias entidades. Algumas são destinatárias de elevado percentual de recursos federais, estaduais e municipais.

- G. O levantamento não teve como objetivo mensurar, com a mesma precisão, as emendas parlamentares federais destinadas às CTs, limitando-se a estimar seu impacto geral. Foram totalizados R\$ 30 milhões de emendas federais efetivamente pagas no período, o que corresponde a cerca de 10% dos investimentos federais.
- H. O financiamento de CTs pode ser considerado uma política com deficit de planejamento, de controle e de avaliação. Não há clareza sobre o tipo de serviço contratado, sobre a composição de seu custo, dos seus insumos, dos produtos esperados e, principalmente, de seu impacto e de sua efetividade.
- I. Na literatura internacional, o tratamento oferecido por CTs a pessoas que fazem uso problemático de drogas é controverso, com evidências moderadas de efetividade apenas em contextos específicos, muito diferentes daqueles encontrados no Brasil. Sobre a efetividade do tratamento das CTs brasileiras, as evidências são escassas e, enquanto política pública, inexistentes.
- J. Diante dos dados e dos pontos críticos referidos, o levantamento ressaltou a urgência de um debate aprofundado e democrático a respeito do financiamento público de CTs e de seu papel na política brasileira de cuidado e atenção a pessoas que fazem uso problemático de drogas.

## 2. INTRODUÇÃO

Como um novo modelo de tratamento comunitário, a Comunidade Terapêutica foi proposta nos anos 1950, pelo inglês Maxwell Jones. Inicialmente, ela foi apresentada como uma alternativa ao modelo asilar para o cuidado e o tratamento de pessoas em sofrimento mental. Foi nos EUA, no entanto, que ela se disseminou de maneira mais intensa, já adaptada para um novo público-alvo: pessoas que faziam uso problemático ou eram dependentes de drogas. Presentes em dezenas de países, as CTs assumiram novas conformações e adaptaram seu modelo de tratamento, como será discutido na última sessão desse relatório.

O chamado modelo de atuação das CTs é baseado em alguns pilares. Resumidamente, trata-se de um isolamento residencial temporário – não necessariamente curto –, da manutenção estrita da abstinência e do apoio de “pares”. Seu objetivo é uma transformação pessoal que envolva mudança radical nos hábitos relacionados ao uso de drogas. No Brasil, as CTs atuam desde o final dos anos 1960 e são entidades de âmbito privado sem fins lucrativos, com ligações diretas e indiretas a igrejas ou coletivos religiosos e realizam o acolhimento, o abrigamento ou a internação – a definição de um termo para o tipo de trabalhos que elas oferecem é parte da controvérsia de sua atuação – de pessoas que fazem uso problemático ou são dependentes de drogas. O número de entidades que se autodenominam CT nunca parou de crescer e, na última pesquisa de abrangência nacional, foram contadas quase 2 mil instituições desse tipo em todos os estados (IPEA, 2017).

O crescimento do número de CTs se deu concomitantemente ao fortalecimento de seu capital político. Federações e confederações foram criadas tanto para representá-las como para, de alguma maneira, tentar estabelecer parâmetros comuns de funcionamento, em um processo que também carrega algum nível de divergência interna (Barroso, 2021). Desde o início desse século, houve um processo de inclusão das CTs na política brasileira de cuidado a pessoas que fazem uso problemático de drogas e, como aponta Resende (2021), os ordenamentos normativos que regem sua atuação contêm ambivalências que permitiram que seu crescimento ocorresse sem definições conceitualmente precisas.

2011 foi um ano importante para inclusão das CTs em normativas legais brasileiras. Elas foram incluídas, com uma função não muito bem definida, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria 3.088 do Ministério da Saúde, e tiveram suas normas gerais de funcionamento sanitário definidas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 29 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)<sup>1</sup>. Desde então, a normatização jurídica das CTs como instituições de cuidado a quem faz uso problemático de drogas se tornou mais robusta e o financia-

<sup>1</sup> [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)

mento dessas entidades por meio de verbas públicas, depois de alguns percalços iniciais, se consolidou na segunda metade da década. Se o debate de especialistas até o final da primeira década do século se dava sobre a aceitação ou não da atuação das CTs diante de possíveis violações dos pressupostos antimanicomiais da lei 10.216 de 2001<sup>2</sup> – conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica –, a discussão, a partir da década de 2010, passou a abarcar as controvérsias acerca do financiamento público dessas entidades.

Duas normativas recentes demonstram o avanço das CTs. A primeira, a Resolução 3 do Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD)<sup>3</sup>, permite e regula o acolhimento de adolescentes por essas entidades<sup>4</sup>; a segunda, a Lei Complementar 187, aprovada pelo Congresso Nacional<sup>5</sup> e sancionada em dezembro de 2021 pelo Presidente da República, concede para CTs – desde que cumpram alguns requisitos - imunidade tributária, o que aumenta consideravelmente a subvenção pública a essas entidades<sup>6</sup>.

A expansão das CTs no Brasil tem sido objeto de inúmeros trabalhos acadêmicos. A maior parte deles apresenta uma perspectiva crítica da atuação dessas entidades e, de forma bastante resumida, seus principais argumentos são<sup>7</sup>:

- As CTs são instituições asilares que reproduzem a estrutura manicomial de isolamento e segregação. Ainda que, teoricamente, só realizem acolhimentos voluntários, elas impõem uma série de limitações à liberdade dos indivíduos que se submetem ao seu tratamento;
- As CTs não estão conectadas, de fato, ao cuidado psicossocial de tipo comunitário que baseia a atuação da RAPS;
- Há inúmeros relatos de violação de direitos humanos em CTs, de diferentes níveis de gravidade.
- A prática obrigatória de atividades religiosas afronta a liberdade dos acolhidos, e no caso de entidades que recebem financiamento público, sua relação direta com denominações cristãs fere o princípio de laicidade do Estado;
- As CTs se baseiam exclusivamente na abstinência, sem flexibilidade para abordagens diferentes que poderiam atender e beneficiar pessoas que fazem uso problemático de drogas.;
- Não há evidências de que o tratamento ou o acolhimento em CTs seja efetivo para a recuperação de pessoas que fazem o uso problemático ou são dependentes de drogas.

2 [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)

3 <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833>

4 Entidades que viram nessa resolução um claro desrespeito ao Estatuto da Criança e do Adolescente recorreram por sua suspensão junto à Justiça Federal. Ainda não há decisão definitiva, mas a normativa segue em vigor.

5 <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2203957>

6 Vide Parecer Jurídico sobre a Lei Complementar 187/21 e a Natureza das CTs anexo a este relatório.

7 Para aprofundamentos sobre diversos temas que envolvem as CTs no Brasil, sugerimos as coletâneas organizadas por Gomes dos Santos (2018) e por Rui & Fiore (2021).

Esse último ponto – referente às evidências da efetividade do tratamento oferecido pelas CTs – será explorado ao final desse relatório. É importante frisar, por outro lado, que há também trabalhos que apontam aspectos positivos da atuação das CTs, especialmente para pessoas que estariam desprovidas de outras formas de cuidado. As CTs atuam em uma zona de indeterminação entre a proteção, o tratamento e a assistência social, *sendo percebidas como um caminho – às vezes, o único – para parcelas mais pobres da população* (Fiore & Rui, 2021). Esse é um dos motivos que, na prática, torna difícil definir, para além do ordenamento legal, as diferenças entre uma CT e uma Clínica (IPEA, 2017, Duarte & Glens, 2021). Um dos exemplos de como as CTs se movem por uma zona de indeterminação é o abandono progressivo do termo “internação” e a adoção do termo “acolhimento”. Essa foi uma das estratégias das CTs para se diferenciar dos estabelecimentos de saúde<sup>8</sup> – que devem seguir regulação muito mais estritas –, se apresentar como entidades de apoio e de cuidado para quem faz uso problemático de drogas. Na prática, muitos usuários não são capazes de identificar a diferença (Rui et. al. 2016).

Por ora, cabe ressaltar que, mesmo diante de controvérsias importantes, os dados produzidos por esse levantamento reforçam a hipótese de que *o financiamento público de CTs já pode ser considerado uma política pública perene* em diversos níveis de governo, especialmente no Governo Federal. A Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED, que, na reforma administrativa levada a cabo pela atual gestão, ficou responsável pela área de “Redução de demanda e cuidado e atenção ao usuário de drogas”, tem na contratação das CTs seu eixo principal de ação, como pode ser rapidamente percebido nos próprios materiais de divulgação pública disponíveis em seus meios digitais.

O investimento público federal na RAPS vem alternando entre estabilidade e decréscimo nos últimos anos e, embora os recursos para o financiamento de CTs não tenham a mesma origem – Ministério da Saúde, no caso da RAPS, e Ministério da Cidadania, no caso das CTs (Weber, 2021) – o fato é que esta última política tem sido crescentemente vultosa. Trata-se de uma política pública custosa e relevante, ainda opaca em seu desenho e em seus critérios e, como será discutido na última seção deste relatório, sem evidências de efetividade para o tratamento de quem faz uso problemático de drogas. Diferentemente do que vem acontecendo, é preciso que essa política seja debatida com a profundidade e a abertura democrática que lhe faz jus, abarcando diversos setores da academia e da sociedade civil, o que inclui, claro, as CTs e as associações que as representam.

8 Conforme descrito no Parecer Jurídico sobre a Lei Complementar 187/21 e a natureza das CTs anexo.

### 3. METODOLOGIA: OBSTÁCULOS E O QUE ESTES INDICAM SOBRE O FINANCIAMENTO PÚBLICO DE CTs

A partir de trabalhos que apontavam para o crescimento do financiamento público de CTs, estabeleceu-se o período de quatro anos – 2017 a 2020 – como um recorte para identificar a recente trajetória do fenômeno. A metodologia utilizada para o levantamento dos recursos federais será bem detalhada para apontar, inclusive, alguns problemas de transparência desse financiamento.

Inicialmente, foi feito um levantamento nas peças do planejamento orçamentário do governo federal – em especial o Plano Plurianual (PPA) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) do atual Ministério da Cidadania – na medida em que o financiamento de vagas em CTs é uma política explicitamente divulgado por essa pasta. Apresentando entrevistas e divulgando eventos, as ações relacionadas às CTs são o tema principal do conteúdo presente no sítio eletrônico da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED). Ele conta, inclusive, com a divulgação de um mapa das comunidades terapêuticas no Brasil<sup>9</sup> no qual há dados georreferenciados das CTs financiadas pela Secretaria; entretanto, essa ferramenta não permite que os dados sejam integralmente analisados, nem permite acesso aos *metadados*. Foi o levantamento das peças do planejamento orçamentário que permitiu uma busca padronizada com medidas e classificações gerais e garantiu mais confiabilidade aos dados levantados.

A estrutura do PPA 2016-2019<sup>10</sup> permitia extração de informações correspondentes aos desembolsos com CTs pelo governo federal, caso houvesse um alinhamento direto entre objetivos, ações e iniciativas individualizadas com essa finalidade. No documento “*Redução do impacto social do álcool e outras drogas*” (Programa 2085), o financiamento tem destaque, sendo um dos 54 programas temáticos<sup>11</sup> do PPA federal e um dos 20 dentro da área temática social. O Programa 2085 articula ações de proteção de “crianças e adolescentes e suas famílias com problemas decorrentes do uso de drogas”, de prevenção ao uso de drogas, de promoção da saúde mental e de reinserção social. A coordenação foi ora do Ministério da Justiça e Segurança Pública, ora do Ministério da Cidadania; O Ministério da Saúde e o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos também estão envolvidos.

9 [https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/app-sagi/geosagi/localizacao\\_equipamentos\\_tipo.php?tipo=comunidades\\_terapeuticas&rcr=1](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/app-sagi/geosagi/localizacao_equipamentos_tipo.php?tipo=comunidades_terapeuticas&rcr=1)

10 Referência escolhida por mais se aproximar do universo temporal da pesquisa. As informações sobre o PPA deste relatório foram extraídas do Painel de Monitoramento do PPA – Painel PPA: <http://painelppa.planejamento.gov.br/>. Último acesso em 12/01/2021.

11 De acordo com o Painel do PPA, “Programas temáticos retratam as agendas de governo, organizadas por recortes de políticas públicas que orientam a ação governamental. Sua abrangência representa os desafios e orienta a gestão do plano, no que diz respeito ao monitoramento e avaliação da sua dimensão tática.” Painel de Monitoramento do PPA – Painel PPA: <http://painelppa.planejamento.gov.br/>. Acesso em 12/01/2021.

Os objetivos do Programa, que totaliza 23 iniciativas, vão da implementação de Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) I e III – até a aumento de leitos dedicados à saúde mental e à reestruturação de canais de comunicação para “prevenção do álcool e outras drogas”. Em meio à variedade de iniciativas<sup>12</sup>, destaca-se a “07FW - Financiamento de, no mínimo, 4.000 vagas ao ano, em entidades prestadoras de serviços de acolhimento a transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (comunidades terapêuticas)”. Por essa estrutura, seria possível identificar os valores planejados, empenhados e liquidados para cada um dos anos (2016 a 2019). No entanto, os valores da iniciativa não estão individualizados, sendo possível identificar apenas os gastos relativos ao objetivo 1071 “Fortalecer a prevenção do uso de álcool e outras drogas, com ênfase para crianças, adolescentes e jovens”, o que compromete a precisão dos valores levantados.

Essa dificuldade na obtenção dos dados permite, de início, apontar para três características relevantes dessa política:

- O financiamento de CTs estava no planejamento plurianual do governo federal já em 2015, quando foi aprovado;
- Apesar da referência no planejamento governamental, esta ação aparecia como uma entre muitas outras que estavam previstas. Portanto, sem a centralidade que a política recebeu na alocação orçamentária dos anos seguintes (sem revisão do planejamento global da política de drogas do governo federal);
- Este descompasso entre planejamento e execução, somado à ausência de informações desagregadas dessa iniciativa, indicam uma opacidade com relação ao monitoramento e à avaliação da política pública no âmbito do plano plurianual.

Na mesma direção, é importante destacar que o PPA é o espaço de planejamento e orientação da ação estatal e, portanto, seria importante que para cada implementação de política pública, os recursos, suas respectivas realizações e, principalmente, seus resultados e impactos sociais esperados fossem detalhados. Em função disso, tanto a Constituição Federal como a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei n. 101, de 2001) estabelecem a necessidade de publicar indicadores que permitam acompanhar a evolução de um programa e dos seus resultados. Assim, na relação de indicadores proposta, nota-se um alto grau de generalidade (rede mínima de cuidado) e uma quase ausência de medição dos impactos esperados do serviço de acolhimento em CTs.

A correspondência entre o Plano Plurianual e as Leis Orçamentárias se dá no âmbito dos “Programas”. Foi possível localizar o gasto no Programa 2085, mas, novamente, isso ainda mantém a leitura dos dados em um nível genérico, na medida em que o referido programa inclui muitas outras despesas além daquelas realizadas com CTs. Para especificar a despesa dentro

12 Uma iniciativa, de acordo com o governo federal, “declara os meios que viabilizam os objetivos e as suas metas, explicitando o “como fazer” ou as entregas de bens e serviços resultantes da atuação do estado”. Painel de Monitoramento do PPA – Painel PPA: <http://painelppa.planejamento.gov.br/>. Acesso em 12/01/2021.



do Programa, verificou-se que o edital de chamamento público da SENAPRED N. 17, de 12 de setembro de 2019, indicava a funcional programática sob a qual as despesas correntes da contratação deveriam ocorrer e, assim, foi possível atingir o nível de detalhamento da ação orçamentária 215S “Redes de cuidados e reinserção social de pessoas e famílias que tem problemas com álcool e outras drogas.”

Com o caminho para extração dos dados de execução orçamentária, é possível dimensionar os recursos aplicados no Portal de Transparência do Governo Federal, destacando não apenas os valores, mas também a forma pela qual a despesa foi anualmente planejada e classificada. Também foi possível avaliar a posição relativa da política de tratamento por meio de CTs no âmbito da SENAPRED. Os resultados estão apresentados na Tabela 1. Nela, identificam-se alguns pontos importantes da política orçamentária da SENAPRED:

- Prioridade orçamentária: o programa sob o qual correm as despesas com as CTs – “Redes de cuidados e reinserção social” – consumiu 89% das despesas da Secretaria. Dentro dele, os serviços de acolhimento residencial representavam 81% dos recursos utilizados.
- Grande comprometimento com serviços executados no ano anterior: a coluna “Restos a pagar pagos”, que remete a serviços realizados e medidos em 2018, representaram 76% do orçamento da Secretaria. Mais: os serviços de acolhimento consumiram 78% dos R\$ 87 milhões de restos a pagar pagos em 2019. Os dados de execução apontam também que a totalidade destes recursos de restos a pagar se originaram do Fundo Nacional Antidrogas.<sup>13</sup>
- Adicionando a informação sobre elemento de despesa<sup>14</sup>, identificou-se, ainda, que 100% dos gastos com Serviços de Acolhimento estão classificados como “outros serviços de terceiros”, ou seja, foram inequivocamente gastos em contratos terceirizados.

Dos R\$ 103 milhões alocados na ação “Redes de Cuidados” em 2019, R\$ 94 milhões foram pagos em serviços de acolhimento residencial, integralmente despendidos em contratos com terceiros. No entanto, a partir da execução orçamentária, não é possível encontrar o valor preciso repassado às CTs, apenas dimensioná-lo. Ou seja, a base de execução orçamentária não permite detalhamento além da ação orçamentária “redes de cuidados e serviços”, que é genérica. Parte destes pagamentos pode ter sido feito para outras atividades e outras ações podem ter subvencionado os serviços de acolhimento. Nesse sentido, apenas a análise da base de pagamentos, isto é, aquela que identifica cada ordem bancária realizada pelo Governo Federal aos seus fornecedores, permite uma quantificação mais precisa.

13 No primeiro dia de 2019, a Medida Provisória 870 transferiu parte das atribuições da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD), parte da estrutura do Ministério da Justiça, para a SENAPRED, iniciando, assim, o processo de transferência dos recursos do FUNAD para o Ministério da Cidadania.

14 Elemento de despesa é a classificação que “tem por finalidade identificar os objetos do gasto” (GESP, 2019, p. 6). É o que permite identificar o quanto se gasta com vencimentos e remunerações de pessoal, aposentadorias e pensões, juros e encargos, aquisição de imóveis, material de consumo, serviços de consultoria e serviços de terceiros. Como padrão os serviços prestados pelas comunidades terapêuticas estão enquadrados como serviços de terceiros; em algumas unidades da federação há uma maior especificação, identificando que são serviços prestados com OSS, o que é mais adequado do ponto de vista de transparência dos gastos. Esse não é o caso da União.

**Tabela 1 - Valores totais e “restos a pagar” pagos pela SENAPRED em 2019**

Programa/Ação/Plano Orçamentário	Valor pago (R\$)	Valor Restos a Pagar Pagos (R\$)	Total
<b>COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS DE PREVENÇÃO, ATENÇÃO E REINserÇÃO</b>	0	2,832,850	2,832,850
<b>GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS</b>	0	0	0
<b>NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA COM CIDADANIA - PRONASCI</b>	0	0	0
<b>REDUÇÃO DO IMPACTO SOCIAL DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS</b>	28,061,673	84,914,385	112,976,058
POLÍTICA PÚBLICA SOBRE DROGAS	1,096,144	6,945,433	8,041,577
PREVENÇÃO DE USO DE DROGAS, CUIDADOS E REINserÇÃO SOCIAL DE PESSOAS E FAMÍLIAS QUE TÊM PROBLEMAS COM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	700,00	795,706	1,495,708
REDES DE CUIDADOS E REINserÇÃO SOCIAL DE PESSOAS E FAMÍLIAS QUE TÊM PROBLEMAS COM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	26,263,529	77,175,244	103,438,773
EMENDA INDIVIDUAL	395,600	5,718,610	6,114,210
REDES DE CUIDADOS E SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO RESIDENCIAL TRANSITÓRIO	25,867,929	68,438,234	94,306,163
REINserÇÃO SOCIAL	0	3,018,400	3,018,400
SEM INFORMAÇÃO	0	100,00	100,00
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>28,061,673</b>	<b>87,847,235</b>	<b>115,908,908</b>

Fonte: Governo Federal; Controladoria Geral da União. Portal da Transparência / Despesas de Execução Orçamentária

O acesso aos dados de cada processo de pagamento tornou o levantamento mais complexo, na medida em que se consideram os milhões de registros anuais, mas também o tornou mais preciso. Portanto, os registros de pagamento, na impossibilidade de filtragem pela classificação funcional programática, foram selecionados a partir dos órgãos executores, o Ministério da Justiça (2017 e 2018) e o Ministério da Cidadania e Desenvolvimento Social (2019 e 2020).

### Metodologia do levantamento em governos estaduais, distrital e municipais

Diferente da metodologia empregada para os dados em nível federal, o levantamento dos gastos com CTs em estados, Distrito Federal e prefeituras de capitais se baseou em duas etapas concomitantes: 1. O envio de um conjunto de questões amparadas na Lei 12.527/2011 – conhecida como Lei de Acesso à Informação (LAI) – por meio dos respectivos canais oficiais de governo; e 2. Busca nos portais de transparência que permitem o acesso aos dados orçamentários. Essa opção metodológica teve o objetivo de assegurar que o levantamento pudesse ser

cotejado por meio de duas fontes de dados diante da impossibilidade de se chegar ao grau de detalhamento do levantamento federal em mais de 53 diferentes entes governamentais.

Como era esperado, o levantamento encontrou uma série de obstáculos. No caso das questões enviadas por meio da LAI, além de alguns entraves mais gerais de alguns sistemas, uma característica peculiar do financiamento público de CTs chamou a atenção: a falta de uniformidade sobre o seu lugar no orçamento e no organograma governamental. O procedimento para a escolha do destinatário das questões seguiu uma mesma operação: em primeiro lugar, buscou-se, através de uma pesquisa exploratória nos sites e nos diários oficiais, informações acerca do financiamento de CTs e, em caso positivo, qual secretaria ou órgão de governo era responsável por executá-lo, sendo esse o destinatário das questões diretamente, se possível<sup>15</sup>. Quando não foi possível identificar o financiamento de CTs ou ter alguma outra informação mais concreta da secretaria ou do órgão executor da política, o questionário foi enviado ou para as secretarias de planejamento ou equivalentes com atribuição da coordenação orçamentária.

As questões enviadas variaram com as limitações impostas por cada sistema ou com o acréscimo de informações que já haviam sido apuradas anteriormente, mas o seu formato padrão está anexo a este relatório.

O padrão das respostas foi bastante oscilante, indo de respostas rápidas e tecnicamente precisas até pedidos ignorados ou recursos que ainda não foram respondidos ou foram respondidos fora dos prazos legais e que não puderam ser incluídos no levantamento. O Quadro 1 apresenta a consolidação dos tipos de respostas obtidas de estados, distrito federal e prefeituras de capitais.

**Quadro 1 - Respostas ao pedido de informação sobre financiamento de CTs via Lei de Acesso à Informação**

Tipo de resposta	Estados e DF	Prefeituras de Capitais
Informação completa	4 (15%)	---
Informação parcial	8 (30%)	7 (27%)
Informou que não financia CTs	7 (25%)	9 (35%)
Não respondeu ou respondeu fora do prazo	8 (30%)	10 (38%)

A busca dos dados orçamentários para se localizar gasto público com CTs em nível estadual, distrital e municipal foi realizada independentemente das respostas obtidas a partir dos questionamentos via LAI. As incongruências entre as respostas oficiais e as buscas nos portais de transparência orçamentária se deram principalmente entre governos que não responderam ou responderam parcialmente, mesmo quando foram encontrados os pagamentos feitos para CTs no período investigado. Nos casos em que houve disparidade entre os valores obtidos via LAI e aqueles encontrados nos orçamentos – foram casos residuais – a opção foi pelos dados da LAI. Esse procedimento manteve o objetivo conservador na consolidação dos dados levantados, a saber: os possíveis erros dos valores apresentados serem por sua subestimação, não o contrário.

Para além dos problemas com relação à eficiência e à transparência no acesso aos dados públicos, que evidentemente não são restritos à política de financiamento de CTs, é importante ressaltar dois achados do processo de levantamento e que apontam para características peculiares:

Foram inúmeros os casos em que os responsáveis pelas respostas aos questionamentos via LAI tiveram dificuldade de direcionar o pleito, posto que não tinham clareza sobre a qual secretaria, órgão ou programa o financiamento de CTs poderia estar vinculado.

Entre os governos estaduais e municipais nos quais o financiamento de CTs foi identificado, os órgãos executores da política são de áreas muito diversas, abrangendo secretarias como saúde, assistência social, justiça, segurança urbana, desenvolvimento social etc. Esse é mais um indício, já apontado na literatura, de uma zona de indeterminação sobre o tipo de trabalho prestado pelas CTs para o Estado.

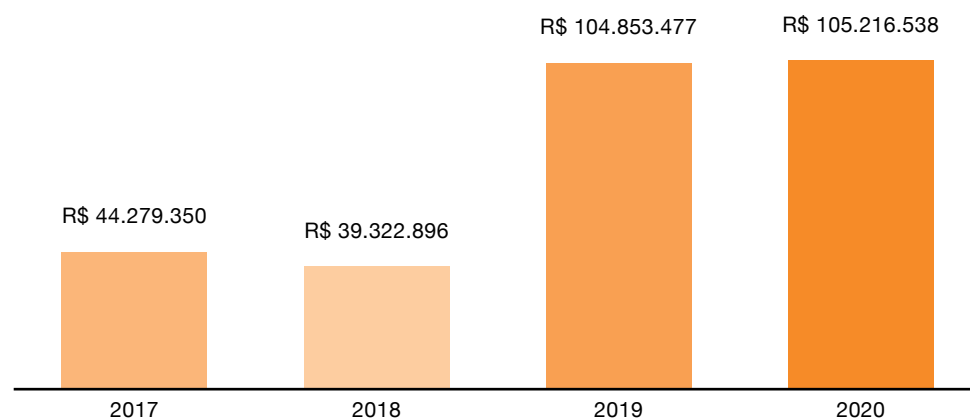
<sup>15</sup> Os sistemas de informação de alguns governos impõem limitações quanto à escolha do destinatário e ao formato das questões que podem ser enviadas.

## 4. VOLUME E CONFORMAÇÃO DO FINANCIAMENTO PÚBLICO DE CTs ENTRE 2017 E 2020

Os dados que serão apresentados a seguir, referem-se ao pagamento efetivamente realizado pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED) por vagas de acolhimento residencial de pessoas que fazem uso problemático de drogas entre 2017 e 2020 (até o início de 2019, as vagas eram financiadas por meio da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, lotada no Ministério da Justiça).

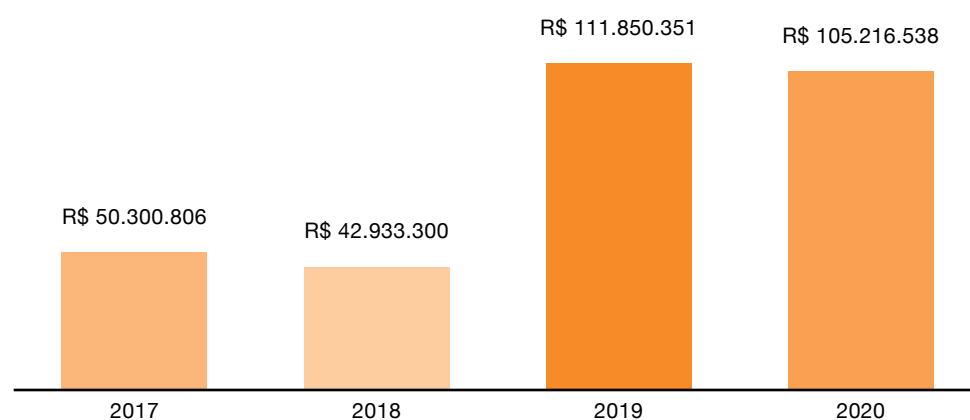
**Gráfico 1 - Financiamento federal de CTs (2017-2020)**

Em milhões de reais correntes



**Gráfico 2 - Financiamento federal de CTs (2017-2020)**

Em milhões de reais ajustados para valor de 2020



No período, o total investido em valores nominais foi de R\$ 293 milhões; corrigido pelo valor da moeda para o último ano do levantamento, 2020, o montante atingiu R\$ 309,3 milhões. O expressivo crescimento do investimento anual entre 2017 e 2020, em valores corrigidos, foi de cerca de 109%. É importante considerar que a pandemia de SARS-CoV-2 alterou alguns gastos do governo e pode ter interrompido, em 2020, esse padrão de crescimento. Porém, deve-se levar em conta que a contratação de novas vagas de acolhimento por meio de mais um edital lançado em 2020 e de mais vagas anunciadas pela SENAPRED ao longo de 2021, além do pagamento dos contratos atuais, são indicativos de que o financiamento federal de CTs crescerá pelo menos até o final da atual gestão federal.

Mais uma vez, ressalta-se que todos os valores apresentados aqui são aqueles efetivamente pagos no período, mesmo que referentes a contratos, convênios ou “restos a pagar” de anos anteriores.

### Distribuição regional dos recursos federais

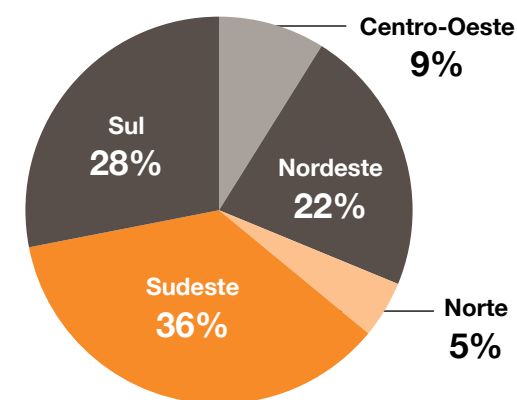
A Tabela 2 e o Gráfico 3 apresentam a distribuição absoluta de recursos federais por estado, além do número de CTs financiadas.

**Tabela 2 - Financiamento federal de CTs por região e estado (2017-2020)**

REGIÃO	ESTADO	CTS FINANCIADAS	VALOR INVESTIDO (milhões de reais correntes)
NORTE	Acre	4	R\$ 1,0
	Amapá	--	--
	Amazonas	4	R\$ 2,5
	Pará	8	R\$ 4,3
	Rondônia	5	R\$ 1,5
	Roraima	2	R\$ 1,9
	Tocantins	5	R\$ 1,9
			R\$ 13,0

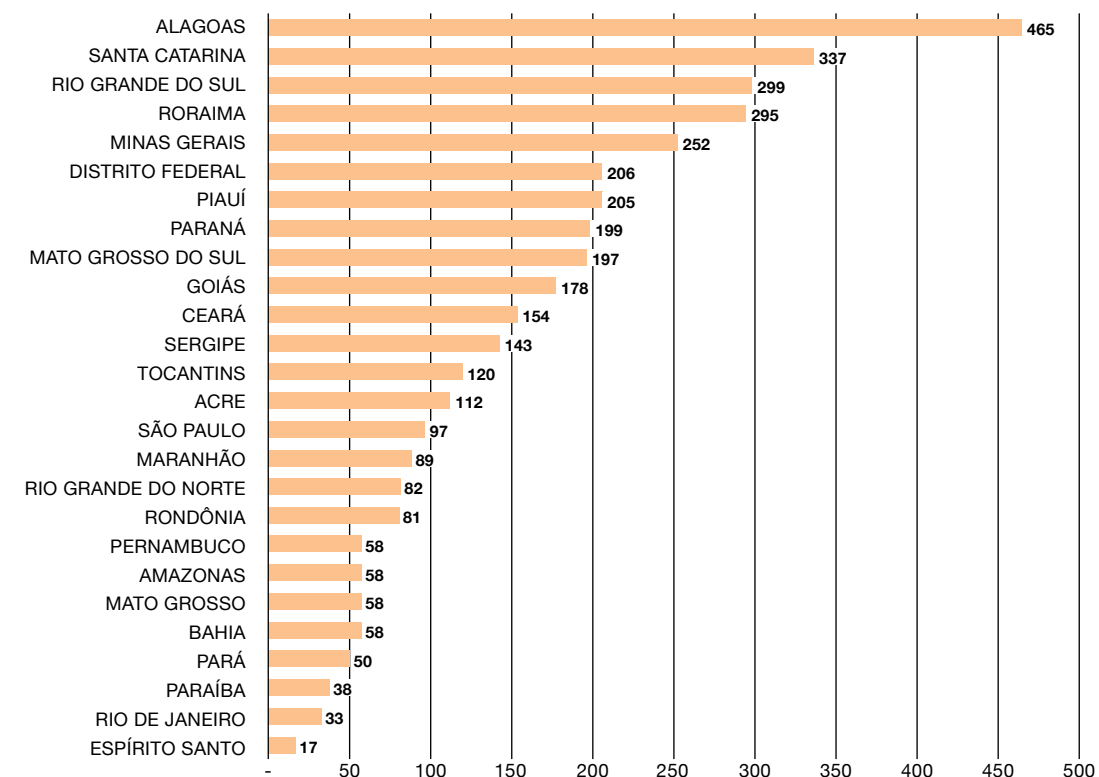
REGIÃO	ESTADO	CTS FINANCIADAS	VALOR INVESTIDO (milhões de reais correntes)
SUL	Paraná	48	R\$ 22,9
	Rio Grande do Sul	75	R\$ 34,2
	Santa Catarina	61	R\$ 24,4
SUDESTE	Espírito Santo	4	R\$ 0,7
	Minas Gerais	102	R\$ 53,7
	Rio de Janeiro	9	R\$ 5,7
	São Paulo	76	R\$ 44,9
CENTRO-OESTE	Distrito Federal	9	R\$ 6,3
	Goiás	29	R\$ 12,7
	Mato Grosso	4	R\$ 2,0
	Mato Grosso do Sul	9	R\$ 5,5
NORDESTE	Alagoas	25	R\$ 15,6
	Bahia	19	R\$ 8,6
	Ceará	21	R\$ 14,1
	Maranhão	11	R\$ 6,3
	Paraíba	3	R\$ 1,5
	Pernambuco	11	R\$ 5,6
	Piauí	9	R\$ 6,7
	Rio Grande do Norte	5	R\$ 2,9
	Sergipe	5	R\$ 3,3
	<b>TOTAL</b>	<b>593 CTS</b>	<b>R\$ 293,7</b>

Gráfico 3 - Divisão regional dos recursos federais pagos às CTs (2017-2020)



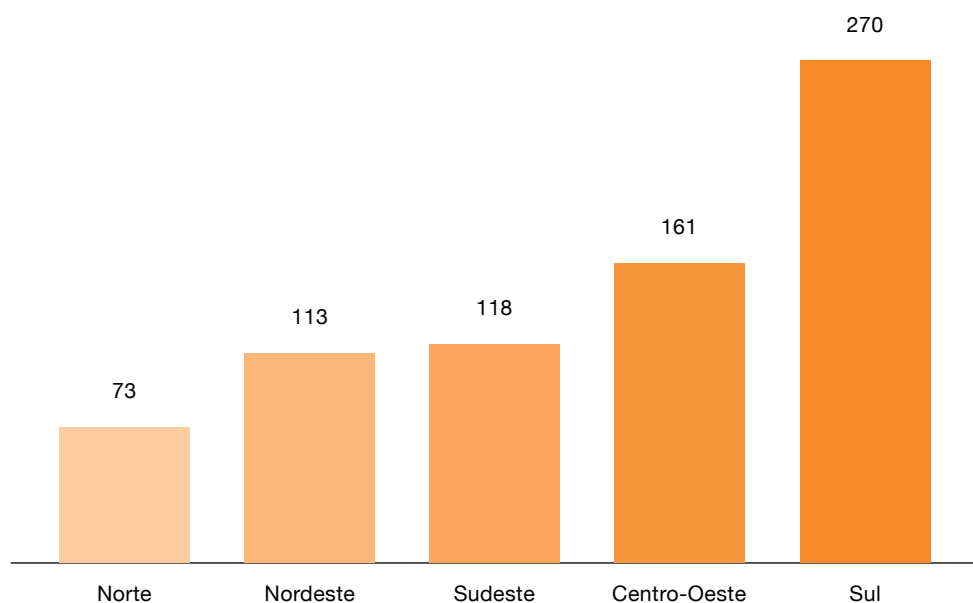
Para se dimensionar a distribuição desigual dos recursos, os gráficos 4 e 5 apresentam os valores investidos por 100 mil habitantes – critério tradicional de avaliação de políticas públicas. Neles, é possível verificar que não há proporcionalidade demográfica na aplicação dos recursos, ao menos em seu nível mais geral (os estados têm pirâmides etárias diferentes que poderiam ter, em tese, algum impacto no público-alvo da política).

Gráfico 4 - Recursos federais repassados para CTs por estado (2017-2020)  
Em milhares de reais correntes por 100 mil habitantes



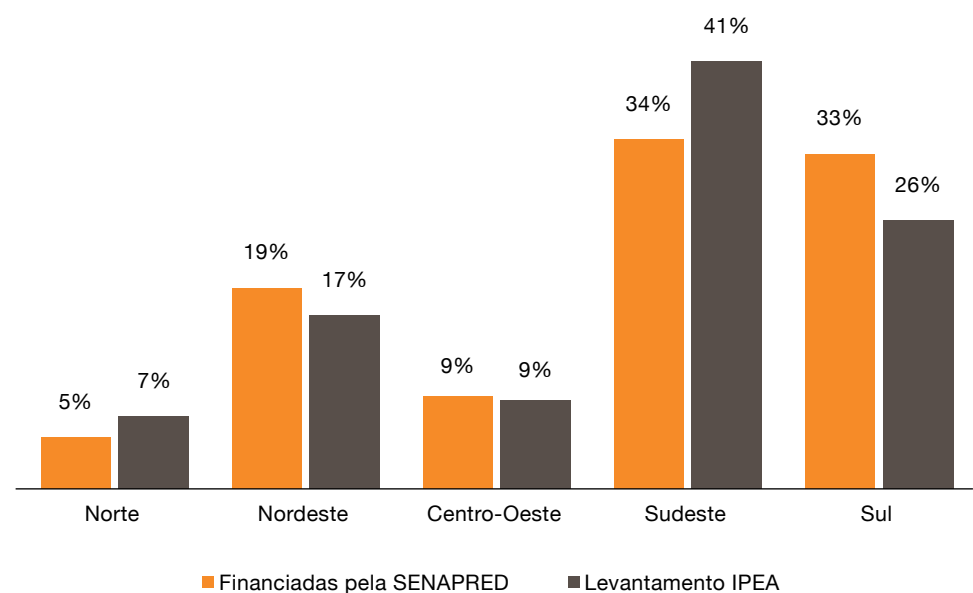
**Gráfico 5 - Recursos federais repassados para CTs por região do país (2017-2020)**

Em milhares de reais correntes por 100 mil habitantes



U. Há uma associação importante entre a distribuição de recursos federais e concentração regional de entidades CTs (IPEA, 2017) (Gráfico 6). É preciso um maior aprofundamento para compreender os processos históricos peculiares (e consequentes variáveis políticas, religiosas, financeiras e socioculturais) que geraram maior concentração de CTs em determinados territórios.

**Gráfico 6 - CTs financiadas pelo governo federal (2017-2020) X CTs levantadas pelo IPEA (2017)**



## Financiamento estadual, distrital e municipal de CTs

Como já discutido na seção dedicada à metodologia da pesquisa, foram levantados dados acerca do financiamento público de CTs em todos os 26 estados, o Distrito Federal e as 26 prefeituras de capitais. Os dados são apresentados com ajuste para o valor da moeda de 2020, de forma a corrigir distorções na análise da evolução do investimento.

**Tabela 3 - Financiamento estadual de CTs (2017-2020)**

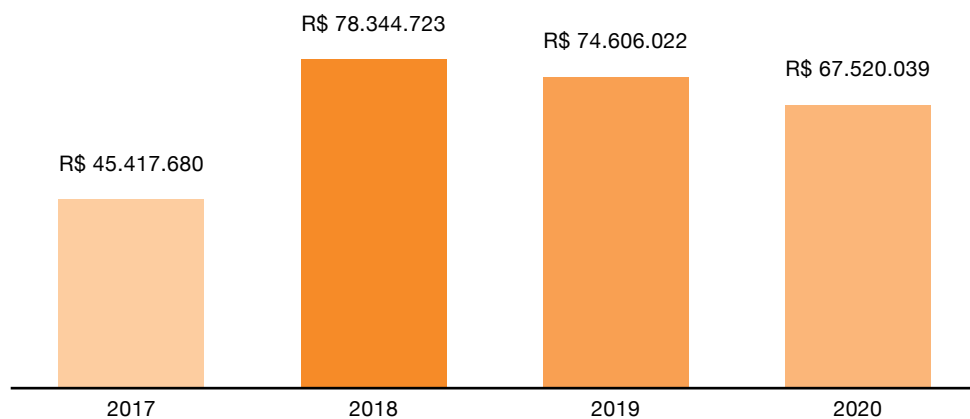
Em milhões de reais ajustados para valor de 2020

ESTADO	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Amazonas	R\$ 1,0	R\$ 1,5	R\$ 1,2	R\$ 2,6	R\$ 6,3
Rondônia	-	R\$ 0,6	R\$ 0,5	R\$ 0,5	R\$ 1,7
Rio Grande do Sul	R\$ 0,9	R\$ 1,7	R\$ 7,3	R\$ 4,8	R\$ 14,7
Santa Catarina	R\$ 1,2	R\$ 9,8	R\$ 6,1	R\$ 7,5	R\$ 24,4
Distrito Federal	R\$ 3,0	R\$ 3,3	R\$ 4,0	R\$ 3,6	R\$ 13,9
Goiás	R\$ 0,1	R\$ 3,3	R\$ 3,8	R\$ 1,6	R\$ 8,9
Mato Grosso do Sul	R\$ 0,7	R\$ 0,1	R\$ 0,2	R\$ 0,3	R\$ 1,3
São Paulo	R\$ 3,9	R\$ 23,5	R\$ 22,5	R\$ 24,6	R\$ 74,5
Espírito Santo	-	R\$ 1,0	R\$ 1,8	R\$ 1,5	R\$ 4,1
Minas Gerais	R\$ 8,6	R\$ 5,5	R\$ 4,2	R\$ 3,9	R\$ 22,2
Bahia	R\$ 8,3	R\$ 10,5	R\$ 6,2	R\$ 2,2	R\$ 27,1
Piauí	R\$ 4,3	R\$ 7,2	R\$ 7,3	R\$ 7,6	R\$ 26,4
Alagoas	R\$ 9,9	R\$ 9,6	R\$ 8,0	R\$ 6,0	R\$ 33,5
Ceará	R\$ 0,9	R\$ 0,4	R\$ 0,7	R\$ 0,8	R\$ 2,8
Maranhão	R\$ 0,9	R\$ 0,3	R\$ 0,8	R\$ 0,1	R\$ 2,1
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 43,7</b>	<b>R\$ 78,3</b>	<b>R\$ 74,6</b>	<b>R\$ 67,5</b>	<b>R\$ 264,1</b>

Nos estados em que houve financiamento público de CTs, constatou-se um crescimento importante até 2018, seguido de estabilização. O volume de investimentos chega a ser, em alguns estados, comparável ao investimento federal.

**Gráfico 7 - Financiamento de CTs por estados e pelo DF (2017-2020)**

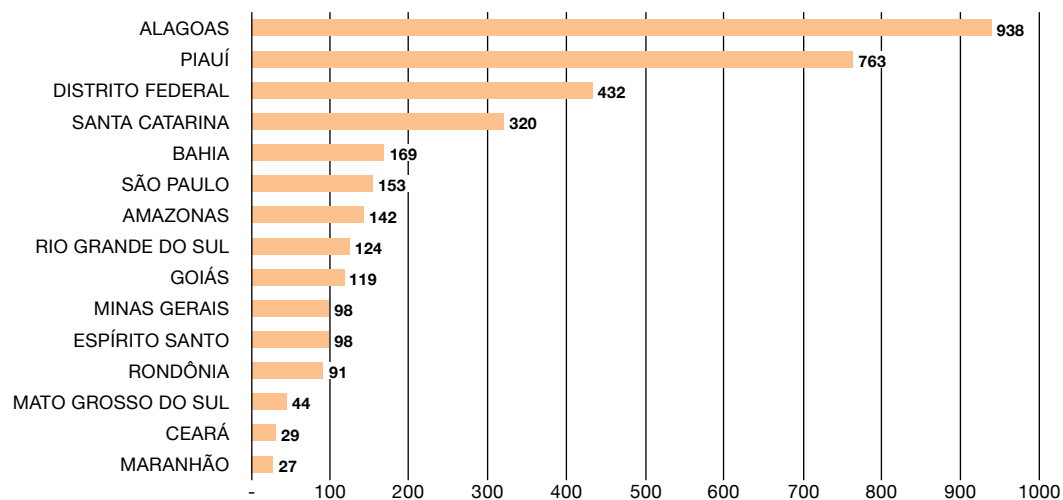
Em milhões de reais ajustados para valor de 2020



Para se mensurar a distribuição dos investimentos entre os governos estaduais, também foi utilizada a referência de valores gastos por 100 mil habitantes. Nessa perspectiva, ficam evidentes as disparidades de investimento entre os estados.

**Gráfico 8 - Financiamento de CTs por estados e pelo DF (2017-2020)**

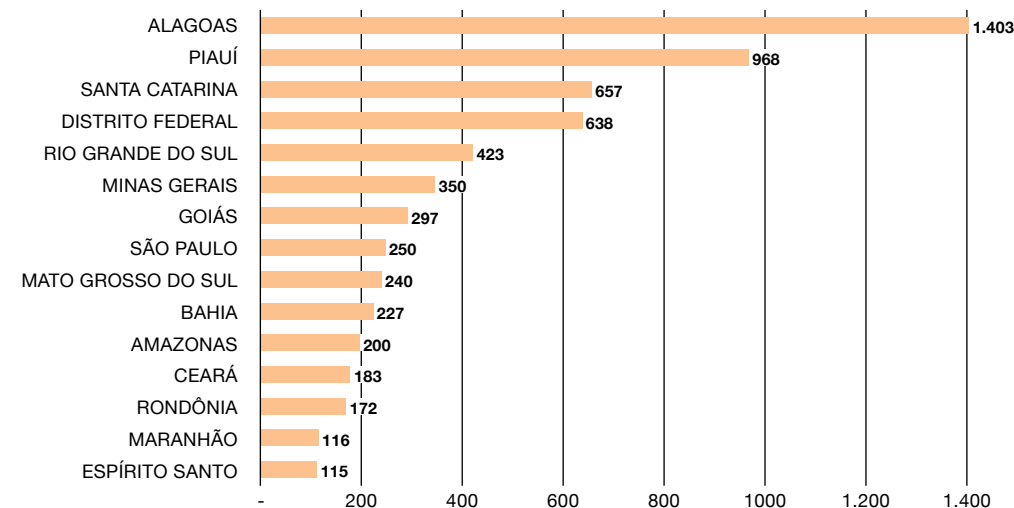
Em milhares de reais correntes por cem mil habitantes



Quando se mensuram conjuntamente os financiamentos do governo federal e dos governos estaduais e distrital, a concentração é ainda mais evidente. Regiões que recebem maior aporte federal, são também as maiores beneficiadas com financiamentos estaduais.

Os dados levantam a hipótese de que há um acúmulo de capital político e de *know-how* das CTs de alguns estados para a obtenção de recursos públicos em diferentes níveis de governo. Estados cujas CTs receberam importante financiamento estadual, como Alagoas, Piauí, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e o Distrito Federal também foram o destino de parcela importante de recursos federais (Gráfico 9). Não há indicação, portanto, de que haveria algum tipo de compensação estadual para a ausência de financiamento federal em CTs.

**Gráfico 9 - Soma do financiamento de CTs pelos governos federal, estaduais e distrital por estado (2017-2020) - Em milhares de reais correntes por cem mil habitantes**



No que diz respeito às prefeituras de capitais, apenas 10 entre 26 financiaram vagas em CTs entre 2017 e 2020 e o volume de recursos foi bem menos expressivo que os levantados em nível federal e estadual. Não obstante, nota-se uma tendência de crescimento, mesmo quando os valores são corrigidos para 2020.

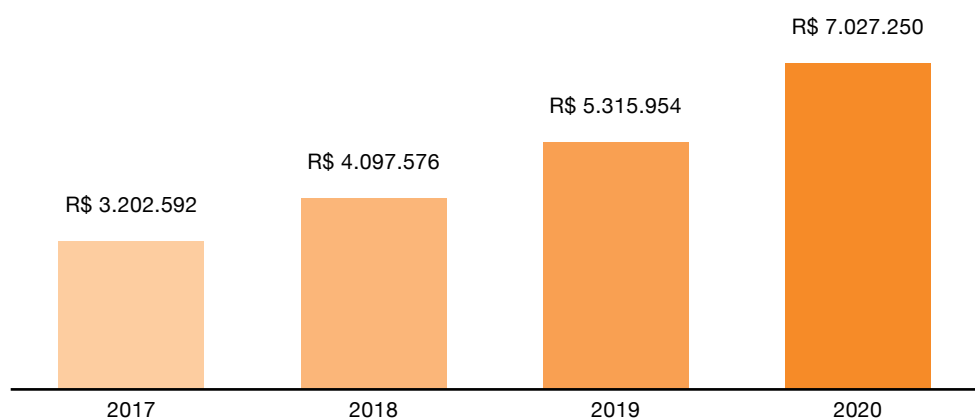
**Tabela 4 - Financiamento de CTs por prefeituras de capitais (2017-2020)**

Em milhões de reais ajustados para valor de 2020

CAPITAL	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Porto Alegre	R\$ 0,598	R\$ 0,690	R\$ 1,256	R\$ 1,499	R\$ 4,044
Rio Branco	R\$ 0,177	R\$ 0,509	R\$ 0,246	R\$ 0,150	R\$ 1,083
Salvador	---	---	R\$ 0,122	R\$ 2,156	R\$ 2,278
Recife	R\$ 0,118	R\$ 0,282	R\$ 0,357	R\$ 0,278	R\$ 1,036
Teresina	R\$ 1,526	R\$ 1,898	R\$ 3,083	R\$ 2,399	R\$ 8,906
Cuiabá	R\$ 0,741	R\$ 0,700	R\$ 0,243	R\$ 0,015	R\$ 1,699
Campo Grande	R\$ 0,043	R\$ 0,019	R\$ 0,008	---	R\$ 0,070
Fortaleza	---	---	---	R\$ 0,302	R\$ 0,302
Rio de Janeiro	---	---	---	R\$ 0,225	---
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 3,203</b>	<b>R\$ 4,098</b>	<b>R\$ 5,316</b>	<b>R\$ 7,027</b>	<b>R\$ 19,643</b>

**Gráfico 10 - Financiamento de CTs por prefeituras de capitais (2017-2020)**

Em milhões de reais ajustados para valor de 2020



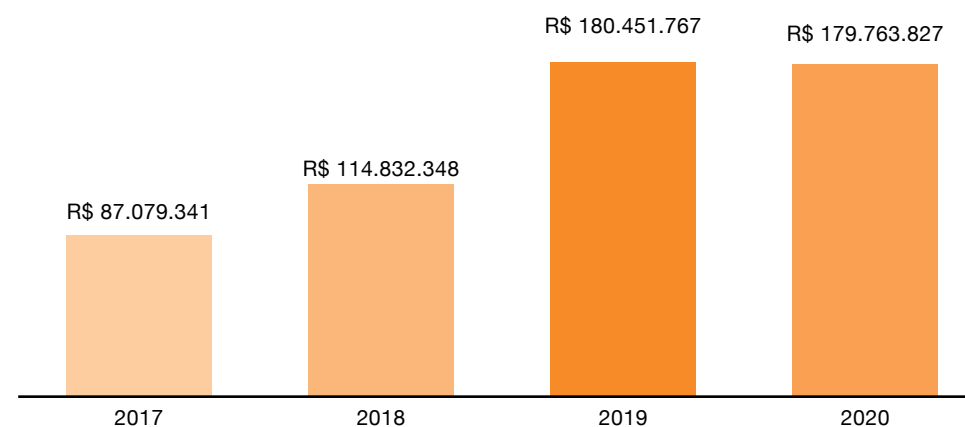
Digno de nota é o financiamento perene e robusto de CTs pelas prefeituras de três capitais cujos os governos estaduais e o governo federal já aportam muitos recursos: Teresina, Salvador e Porto Alegre.

## Investimento público total em CTs e padrões de concentração

Os gráficos 11 e 12 apresentam os totais dos valores pagos para CTs em níveis federal, estadual, distrital e municipal. Ressalta-se que esses são os valores apurados dentro do recorte metodológico já explicitado e, portanto, são uma estimativa conservadora do que foi efetivamente pago em cada ano. Mesmo assim, entre 2017 e 2020, o financiamento público direto de CTs atingiu, em valores corrigidos para 2020, quase 600 milhões de reais, com uma tendência de crescimento que se estabilizou em 2020, provavelmente por conta das restrições orçamentárias relacionadas à pandemia de SARS-Cov-2.

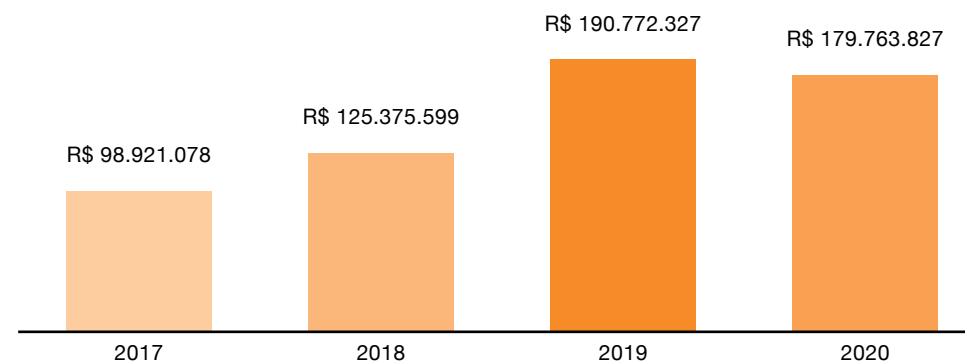
**Gráfico 11 - Total do financiamento público de CTs (2017-2020)**

Em milhões de reais correntes



**Gráfico 12 - Total do financiamento público de CTs (2017-2020)**

Em milhões de reais ajustados para valor de 2020





A média de dispêndio público total com CTs entre 2017 e 2020, ajustado para o valor do Real em 2020, é de aproximadamente **R\$ 148 milhões anuais**. Os dados revelam uma clara concentração de recursos em algumas entidades que compartilham a mesma denominação. Quando combinados com os investimentos perenes de alguns estados e prefeituras, o cenário de concentração se aprofunda. O exemplo mais evidente é o da Obra Social Fazenda Esperança, entidade que recebeu, no período investigado, R\$ 35,6 milhões de recursos federais e R\$ 7,4 milhões de recursos estaduais, além de R\$ 8,8 milhões pagos por emendas parlamentares federais (não direcionadas ao custeio de vagas, como será visto mais à frente).

A concentração não se dá apenas em entidades com grande capilaridade nacional. Foi observado que uma proporção considerável de entidades recebeu, simultaneamente, financiamento federal, estadual e, em alguns casos, municipal.

Os Quadros 2 e 3 apresentam os dados referentes à concentração de recebimento, por uma mesma CT, de recursos públicos por mais de um ente governamental. Alguns estados apresentam alto nível de concentração nas entidades. Ressalta-se que os percentuais de concentração foram baseados em repasses realizados para CTs com um mesmo CNPJ, diminuindo, assim, imprecisões decorrentes de nomes coincidentes. Algumas CTs que reúnem diversas sedes com CNPJ próprio não foram consideradas como uma só recebedora. Portanto, caso os dados tivessem sido agregados para denominações similares, o nível de concentração de recursos seria ainda maior, especialmente para entidades de grande capilaridade, como a própria Obra Social Fazenda Esperança, o Desafio Jovem e a Amor Exigente.

**Quadro 2 - Concentração de financiamento público de CTs por estado (2017-2020)**

Estado	Total de financiamento público (Reais correntes)	Total do financiamento para CTs que recebem de mais de um ente público (Reais correntes)	Proporção de recursos concentrados em CTs que recebem de mais de um ente público
Rondônia	R\$ 3.080.948	R\$ 2.784.265	90%
Amazonas	R\$ 8.436.284	R\$ 7.352.256	87%
Alagoas	R\$ 47.035.174	R\$ 34.988.198	74%
Distrito Federal	R\$ 19.594.165	R\$ 14.432.222	74%
Goiás	R\$ 21.094.599	R\$ 15.210.323	72%
Piauí	R\$ 40.171.605	R\$ 28.342.534	71%
Santa Catarina	R\$ 47.627.946	R\$ 31.106.556	65%
Rio Grande do Sul	R\$ 53.813.334	R\$ 34.850.772	65%
São Paulo	R\$ 108.995.604	R\$ 66.496.543	61%

>>>

Estado	Total de financiamento público (Reais correntes)	Total do financiamento para CTs que recebem de mais de um ente público (Reais correntes)	Proporção de recursos concentrados em CTs que recebem de mais de um ente público
Ceará	R\$ 17.085.798	R\$ 8.969.396	52%
Maranhão	R\$ 8.286.946	R\$ 4.208.446	51%
Minas Gerais	R\$ 73.656.046	R\$ 33.532.745	46%
Bahia	R\$ 36.125.640	R\$ 15.227.020	42%
Acre	R\$ 2.008.557	R\$ 526.771	26%
Pernambuco	R\$ 6.609.787	R\$ 1.022.942	15%

**Quadro 3 - CTs que recebem múltiplo financiamento público por estado**

Estado	Total de CTs que receberam financiamento público	CTs que receberam de mais de um ente público
Rondônia	5	4 (80%)
Minas Gerais	50	38 (76%)
Alagoas	38	23 (61%)
Distrito Federal	15	8 (53%)
Goiás	35	17 (49%)
Santa Catarina	91	41 (45%)
Rio Grande do Sul	95	41 (43%)
São Paulo	98	40 (41%)
Ceará	31	10 (32%)
Bahia	26	8 (31%)
Maranhão	12	3 (25%)
Piauí	30	7 (23%)
Acre	10	2 (20%)
Amazonas	5	1 (20%)
Pernambuco	13	1 (8%)



## 5. PONDERAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DE EMENDAS PARLAMENTARES

A Constituição Federal de 1988 dedicou capítulo próprio para tratar a questão orçamentária e, dentro da lógica de resgate das atribuições do poder legislativo, fortaleceu o seu papel na aprovação das peças orçamentárias, incluindo as emendas parlamentares (Machado, 2002). Como em qualquer lei ordinária, o processo de tramitação, apreciação e aprovação envolve a possibilidade de modificar o projeto do executivo. A especificidade aqui é de que essas alterações envolvem diretamente a produção de bens ou serviços públicos e o dispêndio de recursos para isso.

Uma vez que elas geram o provimento de um benefício direto (usualmente visível) do gasto público para um determinado segmento da população, a execução de uma emenda pode contribuir para reforçar o vínculo do parlamentar com o seu eleitorado. Essa característica coloca, evidentemente, as emendas em um lugar importante nos processos de negociação e barganha do processo orçamentário, fenômeno já amplamente estudado por diversas áreas das ciências humanas (Kramon & Posner, 2013; Machado, 2002; Niskanen, 2007; Wildavsky, 1964, 1992).

No contexto de negociação orçamentária, também não é nova a identificação de alianças entre parlamentares e a burocracia pública para assegurar espaço orçamentário para políticas públicas que atendam aos interesses de ambos (Brubaker, 1997; Rubin, 2015; Wildavsky, 1964). Nesse sentido, não surpreende que estruturas de governo se mobilizem para articular junto aos parlamentares a inserção de emendas. No caso específico do financiamento das CTs, a SENAPRED tem buscado ativamente a destinação das emendas para esse fim e elaborou, inclusive, um guia para facilitar a solicitação dos parlamentares. Nesse texto, a SENAPRED dá orientações sobre a classificação funcional programática, os itens que podem ser financiados dentro das ações orçamentárias e os produtos resultantes, com especial destaque para:



Aquisição de veículos, incluindo automóveis, Vans e micro-ônibus



Capacitação de profissionais de comunidades terapêuticas



Apoio direto à manutenção das CT's



Material para oficinas, os chamados KITS que incluem, por exemplo, a implementação de cozinha industrial para panificação

As informações presentes no guia foram utilizadas para a localização de emendas destinadas às CTs, já que era possível identificar o gasto a partir das bases orçamentárias. Dessa forma, o levantamento também se concentrou, como no caso do poder executivo, nos pagamentos efetivamente realizados. Nesta base, porém, não há um campo que permita associar individualmente cada pagamento às emendas.

Os termos de colaboração podem tanto ser empregados nos itens citados como destinados ao financiamento de vagas para acolhimento. O valor das emendas efetivamente pagas no período foi pequeno quando comparado ao montante do financiamento direto executivo federal. Se considerarmos todas as emendas efetivamente pagas entre 2017 e 2020, aquelas que passaram pela SENAD e pela SENAPRED – e é possível que parte delas não tenha tido com destino direto as CTs, como explicado logo a seguir –, o valor total é de pouco mais R\$ 30 milhões, o que corresponde a cerca de 10% do total do financiamento federal.

**Quadro 4 - CTs que mais receberam recursos de emendas parlamentares federais (2017-2020)**

Comunidade Terapêutica	Valor recebido (Em reais correntes)
<b>Obra Social N S da Glória Fazenda Da Esperança</b>	R\$ 9.150.000
<b>Casa do Menor São Miguel Arcanjo</b>	R\$ 6.788.000
<b>Rede Crista de Acolhimento e Recuperação do Dependente Químico do Estado de Alagoas</b>	R\$ 1.500.000
<b>Desafio Jovem Ebenezer do Estado do Rio de Janeiro</b>	R\$ 1.250.000
<b>Fundação Centro de Recuperação Feminino Missão Resgate</b>	R\$ 1.191.000
<b>Cruz Azul no Brasil</b>	R\$ 650.000
<b>Transforme - Ações Sociais E Humanitárias</b>	R\$ 600.000
<b>Associação de Acolhimento Aos Dependentes Químicos e Familiares – ADQF</b>	R\$ 400.000
<b>Ceami - Reabilitação Para A Vida</b>	R\$ 400.000
<b>Comunidade Terapêutica Caverna De Adulao - CTCA</b>	R\$ 398.000

O Quadro 5 apresenta os oito parlamentares que mais conseguiram ter emendas efetivamente pagas para CTs. Nota-se que alguns já não exercem mandato parlamentar.

**Quadro 5 - Parlamentares federais que mais tiveram emendas pagas para CTs (2017-2020)**

PARLAMENTAR	PARTIDO	ESTADO	VALOR TOTAL DAS EMENDAS (Em reais correntes)
Eros Biondini	PROS	MG	R\$ 3.347.129
JHC (sem mandato)	PSB	AL	R\$ 1.200.000
Jose Maranhão (sem mandato/falecido)	PMDB	PB	R\$ 1.191.224
Flavinho	PSC	SP	R\$ 1.178.500
Cabo Daciolo (sem mandato)	Patriotas	RJ	R\$ 1.000.000
Rosângela Gomes	Republicanos	RJ	R\$ 950.000
Maria do Carmo Alves (senadora)	DEM	SE	R\$ 850.000
Hugo Leal	PSD	RJ	R\$ 800.000

Eros Biondini (PROS-MG), o deputado que mais teve emendas destinadas às CTs efetivamente pagas, tem forte atuação na defesa dessas entidades, sendo o líder da Frente Parlamentar Mista de Apoio às Comunidades Terapêuticas. Ainda que seja possível observar que alguns dos parlamentares que dedicam emendas às CTs sejam evangélicos, os dados não revelam um padrão para definir uma tipologia dos autores desse tipo de emenda.

Como explicitado há pouco, há risco de imprecisão quando se determina que uma emenda tenha sido efetivamente paga para uma CTs. Por exemplo, uma grande recebedora de recursos é entidade Casa do Menor São Miguel dos Arcanjos, que tem sedes em mais de quatro estados e recebeu emendas de parlamentares de espectros políticos muito diferentes. Essa entidade realiza uma série de serviços de âmbito social, inclusive o acolhimento em CTs, mas os dados levantados a respeito dos convênios não permitem afirmar, categoricamente, que esse era o destino final do recurso.

O tema da destinação de emendas parlamentares para CTs precisa ser mais bem explorado em futuras pesquisas que considerem, inclusive, a atuação das assembleias legislativas, da Câmara Legislativa do Distrito Federal e das Câmaras de Vereadores na alocação de recursos para essas entidades. De qualquer forma, o presente levantamento apontou que sua participação diante do crescente montante dos investimentos do governo federal entre 2017 e 2020 é relativamente pequena.

## 6. FINANCIAMENTO DE CTs COMO POLÍTICA PÚBLICA: PLANEJAMENTO E CONTROLE

Os diferentes níveis governamentais que financiariam CTs entre 2017 e 2020 têm critérios e modelos próprios para a execução dessa política. Não obstante a impossibilidade de um levantamento detalhado nos casos de governos estaduais e municipais, há tanto exemplos de modelos bem estruturados e transparentes quanto políticas muito opacas. O estado de São Paulo, cujo programa de financiamento de CTs começou a ser implantado em 2013, é um modelo interessante que aponta para a importância de trabalhos futuros dedicados a compreender, em detalhe, como se organiza o repasse de recursos públicos para essas entidades. O Recomeço – nome do programa paulista que financia vagas de acolhimento em CTs – é uma política bem estruturada e cujos critérios gerais estão disponíveis para acesso público; ao mesmo tempo, para executá-la, o governo paulista contrata uma das entidades de representação das CTs, a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), como a responsável pela organização e controle geral do programa.

Mantendo-se dentro da ambição desse levantamento, serão discutidos agora alguns dos problemas identificados na política de financiamento público de CTs no âmbito do governo federal, realizado pela SENAPRED.

A SENAPRED, por meio da Portaria N. 1 de 2019<sup>16</sup>, instituiu Sistema Eletrônico de Gestão de Comunidades Terapêuticas (SISCT) para organizar o pagamento das CTs que são contempladas nos diversos editais para financiamento de vagas. Trata-se de um sistema de controle alimentado compulsoriamente pelas próprias entidades com a documentação e as informações exigidas pela SENAPRED. O SISCT é mais um fator que indica que o financiamento de CTs é uma política perene de transferência de recursos públicos baseada em alguns pontos:

- Contratação simplificada: o modelo de contratação do serviço é ágil, sem exigência de concorrências ou de certames públicos, e está baseada no cumprimento de requisitos para credenciamento. Uma vez que comprovem esses requisitos, as CTs são consideradas aptas para realizarem os acolhimentos e receber por eles;
- Concentração de recursos: como discutido na Seção 4, há concentração de recebimento de recursos em grandes entidades. Elas têm capacidade executiva e burocrática para a obtenção desses recursos. Estas instituições, pelo que pode ser apurado pelo material disponibilizado nos meios eletrônicos das próprias entidades, oferecem apoio técnico para o processo de credenciamento, modelos de termo de referência e editais e de operação do serviço.

<sup>16</sup> <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1-de-12-de-novembro-de-2019-228394305>

- Fonte de financiamento estável: a atual gestão federal assegurou para a política de financiamento de CTs uma posição vantajosa nas disputas orçamentárias intragoverno. Essa condição permitiu a expansão de uma despesa de custeio mesmo sob severo regime fiscal, sob a vigência do teto de gastos. O anterior, vem assegurando à política pública uma condição de continuidade, uma vez que, inclusive, aumenta o custo político de uma possível diminuição ou interrupção.
- Parceria com o legislativo: Ao oferecer de forma proativa um procedimento para a execução de emendas parlamentares a partir de um serviço visível para as bases eleitorais, como foi discutido na Seção 5.

Lidos a partir da literatura sobre orçamento público, dois pontos são, ainda relevantes, para analisar a política de financiamento de CTs no âmbito federal. O primeiro deles é a relevância destes mecanismos de obtenção de espaço orçamentário em um contexto de acirramento da competição intra-governamental por recurso. Entendendo este conflito do ponto de vista das arenas de disputa (Lowi, 1964) e da tendência de, sob o teto de gastos, os conflitos distributivos se tornarem redistributivos (Silva & Couto, 2017), o crescimento do financiamento observado indica um avanço político importante do financiamento de CTs.

Analisada sob a perspectiva do incrementalismo, há razões para supor que a política de financiamento de CTs seguirá nos orçamentos públicos pelo menos no horizonte de médio prazo do governo federal e, em alguns casos, de governos estaduais. A literatura aponta para uma característica inercial e de não-mudança do orçamento público ao longo dos anos, com forte tendência de reprodução dos orçamentos anteriores (Rubin, 2015; Schick, 1972, 2003; Wildavsky, 1964).

Esse cenário torna ainda mais relevante um sistema de prestação de contas bem estruturado, que transcenda os mecanismos de controle burocrático interno e permita o controle cidadão da política pública (Abrucio, 1998; Campos, 1990; Mosher, 1968). Tal controle deve considerar uma análise abrangente das dimensões de avaliação das políticas públicas, considerando não apenas a capacidade de consecução dos seus objetivos, mas também os meios pelos quais eles serão realizados e a relação entre seus insumos e e seus produtos (Marinho & Façanha, 2001).

Assim, podemos utilizar como parâmetros três dimensões de análise da política de financiamento público de CTs: a eficiência, a eficácia e a efetividade (Castro, 2006; Marinho & Façanha, 2001; Sano & Filho, 2013):

1. **Eficiência:** trata das medidas que relacionam insumos e produtos, isto é, como os recursos orçamentários são utilizados para a entrega dos produtos. No contexto do financiamento das CTs, a dificuldade de obtenção direta das informações sobre a relação entre vagas disponibilizadas e recursos utilizados são obstáculos para a avaliação da sua eficiência e, ademais, a concentração de recursos em poucas entidades, sem que se configure um cenário competitivo de formação de preços, aparece como uma tendência para o uso menos eficiente de recursos públicos.

2. **Eficácia:** trata da disponibilidade do serviço e, especificamente, do modo pelo qual é distribuído e alocado nos territórios. Nesse sentido, os dados levantados apontam que: (i) os critérios de distribuição do serviço, tanto do ponto de vista de territórios prioritários, como de concentração de públicos-alvo não são explicitados; (ii) a coordenação interfederativa não é clara, sendo possível identificar um desequilíbrio do financiamento entre União, estados e municípios (excesso de financiamento para alguns estados e ausência em outros).

3. **Efetividade:** remete diretamente para o impacto da política e para sua capacidade de alcançar os objetivos desejados. Por se tratar de um acolhimento residencial temporário para pessoas que fazem uso problemático de drogas, quais resultados seriam esperados? Há políticas de avaliação em âmbito geral ou específico de cada entidade? As respostas para essas questões não estão colocadas nos marcos regulatórios dessa política. Como será apresentado na próxima seção desse relatório, no âmbito da literatura especializada, há poucas evidências internacionais de efetividade do acolhimento em CTs, sendo essas evidências inexistentes em âmbito nacional.

Em resumo, um sistema de controle abrangente só poderia ser alcançado caso houvesse clareza da política com relação aos insumos, produtos, resultados e impactos. Nos planos plurianuais, como as leis orçamentárias, esse “racional” não é apresentado, nem é estabelecida uma clara relação entre “atendimento por comunidades terapêuticas” e “redução do impacto social do álcool e das drogas”. Com isso, ainda que avaliações de impacto estivessem disponíveis, a política de financiamento de vagas em CTs ainda não poderia ser considerada transparente e aberta a um controle social compatível com o volume crescente de recursos públicos investidos.

Diante destes achados e sem entrar no mérito do objetivo final da política, a contratação de vagas para acolhimento em CTs, apresentamos algumas recomendações específicas com relação à sua transparência, monitoramento e controle social:

- Avaliação do modelo de contratação das Comunidades Terapêuticas, do ponto de vista dos seus procedimentos administrativos e do ponto de vista das condições de mercado e dos custos efetivos. Se a justificativa dos custos de um serviço é construída a partir das condições em que eles são oferecidos, a concentração de recursos em poucas instituições aumenta a probabilidade de distorções;
- Maior controle do planejamento plurianual, de forma a tornar explícitas e individualizadas as ações, metas, indicadores e, principalmente, o monitoramento das despesas. Uma política que já atingiu o patamar de R\$ 100 milhões anuais deve fornecer, de forma mais adequada e direta os insumos para análise de eficiência, eficácia e efetividade;

- No plano do planejamento e execução orçamentária anual, um conjunto de medidas de curto e de médio prazo poderiam ser implementadas :
  - a. Adequação da classificação funcional-programática para permitir a identificação direta dos gastos com Comunidades Terapêuticas;
  - b. Complementação das informações sobre o relacionamento entre pagamentos individualizados e a classificação funcional-programática;
  - c. Apresentação anual dos dados quantitativos relativos aos atendimentos, às vagas mantidas e às novas vagas criadas;
  - d. Atualização do mapa das Comunidades Terapêuticas no Brasil, com indicação, para cada entidade, dos convênios, dos termos de fomento e dos contratos em andamento.

A adoção destas medidas permitiria, ao menos, tornar mais evidentes e acessíveis os parâmetros do planejamento e da execução orçamentária do financiamento de CTs, algo já comum a outras políticas públicas. Parâmetros, critérios e informações sobre essa política crescentemente onerosa estariam acessíveis sem que a sociedade civil tenha o ônus de despender tantos recursos, possibilitando um debate qualificado sobre um tema tão sensível.

## 7. UM BALANÇO DA LITERATURA ACERCA DA EFETIVIDADE DAS CTs

Por fim, quando espera-se estar bem demonstrado o crescente financiamento de CTs como política pública no Brasil e alguns de seus principais problemas, é cabível uma breve discussão, sob a perspectiva do cuidado em saúde mental, sobre a efetividade e os impactos do tratamento oferecido por essas entidades a pessoas que fazem uso problemático de drogas. Evidentemente, não se trata de esgotar as inúmeras controvérsias a respeito da atuação das CTs, a começar pelos seus princípios norteadores, que tem na abstinência e no isolamento temporário seus dois alicerces fundamentais. Como discutido na introdução desse relatório, há muitos outros temas levantados na literatura sobre, por exemplo, os direitos fundamentais das pessoas que fazem uso problemático de drogas, a ameaça à laicidade do Estado frente à orientação religiosa da maior parte das CTs e as contradições experimentadas na integração desses dispositivos à RAPS (Souza *et.al.*, 2013; Kurlander Perrone, 2014; Tófoli, 2015; Carvalho & Dimenstein, 2017; CRP-SP, 2016; Gomes dos Santos & Pires, 2020, Fiore & Rui, 2021).

Em primeiro lugar, destacam-se a pouca atenção dada a alguns dos mais importantes parâmetros para a avaliação de políticas públicas, como 1. a definição de um público-alvo específico para esse tipo de intervenção em meio ao amplo universo de usuários de drogas; 2. a avaliação da efetividade dessa intervenção; 3. a análise de sua implementação em termos de custos e de processos; e 4. a compreensão dos possíveis benefícios terapêuticos e do impacto social subsequentes a sua execução.

Assim, essa sessão tem o objetivo de apresentar uma síntese de evidências relativas à efetividade terapêutica e a outros desfechos associados ao acolhimento em CTs por meio de uma revisão narrativa. Trata-se de um breve “estado da arte” que ressalta especialmente as lacunas que permanecem na literatura especializada.

### As mudanças e a diversidade das abordagens das CTs

Como uma opção de tratamento só pode ser avaliada mediante padrões reconhecidos, para elucidar os dados relativos à efetividade das CTs se faz necessário lançar um breve olhar sobre os fundamentos, a evolução e as modificações incorporadas a essa forma de assistência ao longo dos anos (Reif *et.al.*, 2014; Vanderplasschen *et.al.*, 2014).

A comunidade terapêutica pode ser considerada um espaço e uma forma de tratamento para o uso problemático de drogas psicoativas – cujo termo definido nas classificações psiquiátricas contem-

porâneas está incluído no Transtorno por Uso de Substâncias (TUS). Criada conceitualmente na Europa, essa abordagem de acolhimento residencial temporária para quem faz uso problemático de drogas foi inicialmente implementada nos Estados Unidos ao final da década de 1950, tendo sido, desde então, adotada em pelo menos 65 países no mundo (NIDA, 2015). Sua orientação – alicerçada na compreensão da dependência como uma condição crônica e recidivante – tem o objetivo de produzir mudanças amplas e de longo prazo na vida das pessoas acolhidas, sendo a abstinência completa do uso da(s) droga(s) relacionadas ao quadro de dependência o objetivo primordial. Além disso, a abordagem da CT tem como fundamento o conceito da “comunidade como método”, desenvolvido por meio da participação das pessoas acolhidas em uma rotina estruturada na qual assumem compromissos com a própria recuperação e com a de seus pares (aprendizado social) (NIDA, 2015).

Em sua formulação original, os programas de tratamento das CTs eram dirigidos somente pelos pares, ou seja, por pessoas que já haviam passado pelo uso problemático de drogas e que estavam em estágios mais “avançados” de recuperação. Entretanto, ao longo das últimas cinco décadas, as CTs passaram a incorporar progressivamente profissionais de saúde às suas equipes (como psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais com treinamento em saúde mental) e a agregar novas técnicas e formas de intervenções, notadamente advindas das ciências da saúde e da psicologia (Vanderplasschen *et.al.*, 2014.; IPEA, 2017). Não obstante, parte importante das equipes das CTs segue sendo composta por usuários em recuperação (NIDA, 2015).

Cabe ressaltar que, no processo de disseminação das CTs pelo mundo, houve um intenso processo adaptativo nas abordagens. Na Europa, por exemplo, a abordagem comportamentalista das CTs norte-americanas foi complementada pelas teorias educacionais e pela teoria psicanalítica, bem como pela aproximação das famílias e pela incorporação de profissionais de maior qualificação técnica (Vanderplasschen *et.al.*, 2014).

Nos últimos tempos, as CTs vêm sofrendo modificações relativas ao seu público alvo e à duração do tratamento (REIF, S. *et.al.*, 2014). À medida em que se modificaram as características demográficas daqueles que buscavam tratamento, os programas das CTs passaram a acolher pessoas com comorbidades psiquiátricas, em situação de rua e que receberam algum tipo de sanção penal (NIDA, 2015). Pressões orçamentárias também impulsionaram mudanças nos programas de tratamento, notadamente em relação à sua duração (Vanderplasschen *et.al.*, 2014).

No Brasil, as CTs se caracterizam como entidades que realizam o acolhimento residencial de pessoas que fazem uso problemático de drogas e os únicos dados censitários disponíveis apontam que elas estão predominantemente instaladas em amplos terrenos de zonas rurais ou em periferias afastadas de centros urbanos, com capacidade para receber, no máximo, 30 pessoas (quase metade das instituições tem esse perfil). Sua abordagem está ancorada no tripé trabalho-disciplina-espiritualidade, sendo a adoção da laborterapia (exercício de atividade de trabalho como forma de atingir objetivos terapêuticos) e do cultivo da espiritualidade, notadamente cristã, uma constante de seu projeto terapêutico. Da mesma forma, é muito prevalente a vinculação das CTs brasileiras a igrejas e organizações religiosas (IPEA, 2017).

Também no contexto brasileiro houve um aumento da contratação de profissionais com alguma formação técnica e a incorporação de saberes e tecnologias próprias do campo da saúde. Da mesma forma, vem crescendo o acúmulo de dados produzidos internamente, um meio de viabilizar a prestação de contas e a justificativa pública do trabalho realizado (IPEA, 2017).

### Síntese de evidências da efetividade das CTs em contexto internacional

Nas três últimas décadas, estudos investigaram a efetividade terapêutica e outros desfechos do tipo de acolhimento oferecido pelas CTs (Vanderplasschen *et.al.*, 2014). Todos eles reconheceram importantes obstáculos metodológicos. Tentativas de sistematizar os achados em revisões sistemáticas ou narrativas indicaram repetidamente fragilidades que limitam a elaboração de conclusões consistentes (Smith *et.al.*, 2006), ou rebaixam a moderado o nível de evidência (Reif *et.al.*, 2014). Entre as limitações dos estudos, destacam-se a relativa escassez de ensaios controlados, duplo-cego e randomizados (De Leon *et.al.*, 2021), bem como as deficiências referentes ao delineamento desses ensaios – especialmente aquelas relativas à adequação das amostras e à equivalência do grupo controle (Reif *et.al.*, 2014).

Além disso, chamam atenção as divergências na interpretação dos dados. Há trabalhos que, mesmo reconhecendo as ressalvas metodológicas, defendem a efetividade do modelo de tratamento das CTs para públicos-alvo específicos (De Leon, 2010, 2021). Contrariamente, outros entendem que não há evidências suficientes para sustentar a superioridade das CTs em relação a outras formas de tratamento menos dispendiosas, ressaltando a necessidade de estudos mais rigorosos (Fiestas & Ponce, 2012).

Apesar das evidentes limitações, há algumas convergências importantes. Primeiramente, no que se refere ao impacto do tratamento em CTs, os dados mais consistentes apontam que o tempo de acolhimento e a forma como foi realizado o seguimento posterior à saída são os fatores preditivos relevantes para a manutenção da abstinência de drogas por períodos determinados (Maliver *et.al.* 2012; Vanderplasschen *et.al.*, 2013, Kurlander Perrone, 2019).

Um conjunto da literatura mais recente – especialmente na última década – reconhece evidências moderadas de redução do uso de drogas após períodos de acolhimento em CT (Magor-Blatch *et.al.*, 2014; Vanderplasschen *et.al.*, 2014; NIDA, 2015; De Leon, 2010, 2021). Essa evidência é mais forte para acolhidos que acessam o tratamento com quadros mais graves (NIDA, 2015; Janeiro *et.al.*, 2018). Encontram-se menos esclarecidas, contudo, as questões relativas à sustentação desse impacto em médio e longo prazo (Maliver, *et.al.*, 2012). Quando se compara o conjunto de tratamentos de tipo residencial, no qual se incluem as CTs e outros tipos de internação temporária, com outras formas de abordagem, os resultados são pouco consistentes. Embora alguns estudos sugiram impactos positivos do tratamento residencial, a maior parte da literatura não traz evidência de níveis superiores de efetividade (Reif *et.al.*, 2014).



Além disso, de um modo geral, há poucas evidências da efetividade de tratamentos, para quem faz uso problemático de drogas, baseados somente na desintoxicação (controle de sensações ligadas à interrupção do uso) e na estabilização de curto prazo, sem abordagens terapêuticas de manutenção. Assim como em outras condições clínicas, são comuns as dificuldades relativas à adesão do tratamento medicamentoso, os abandonos precoces e as altas taxas de recaídas, em especial quando estão presentes fatores como pobreza, carência de suporte familiar e comorbidades psiquiátricas. Deste modo, observa-se que apenas 40 a 60% das pessoas continuam abstinentes um ano após a alta do processo de internação (McLellan *et.al.*, 2000).

Tem havido um interesse crescente em estudos que avaliam a efetividade e os impactos das modificações da proposta original de tratamento em CTs (em inglês, “*modified therapeutic community*”) para subgrupos de usuários com necessidades específicas, tais como adolescentes, pessoas com comorbidades psiquiátricas, mulheres, mães e pessoas em algum tipo de conflito com a lei ou privadas de liberdade pelo sistema penal. Igualmente, têm sido investigados desfechos não diretamente relacionados ao uso de drogas, como qualidade de vida, empregabilidade e comportamento criminal (Vanderplasschen *et.al.*, 2014; NIDA, 2015; Kurlander Perrone, 2019).

Ademais, parte da literatura passou a incentivar novos caminhos de pesquisa, buscando responder a outras perguntas sobre o modelo de tratamento das CTs: como funciona detalhadamente esse tipo de intervenção, quem poderia se beneficiar dela e em que contextos ela poderia ser efetiva são questões em aberto que demandam mais investigações (Magor-Blatch *et.al.*, 2014, Janeiro *et.al.*, 2018).

No arcabouço regulatório que define a atuação das CTs no Brasil, é vedado o acolhimento de pessoas com comorbidades psiquiátricas graves. No entanto, há indícios importantes de descumprimento dessa e de outras vedações. Pesquisas internacionais indicam que comorbidades psiquiátricas não estão associadas a riscos maiores de recaída ou abandono de tratamento (Maliverta *et.al.*, 2012).

Além disso, uma revisão de quatro estudos norte-americanos sobre os desfechos do tratamento oferecido pelas CTs para pessoas que fazem uso problemático de drogas e também apresentam outros tipos de condições psiquiátricas evidenciou resultados positivos (melhorias no uso de substâncias, saúde mental, criminalidade, risco de infecção por HIV, emprego e habitação) quando comparados àqueles que receberam cuidados padrão. No entanto, além das limitações metodológicas que demandam cuidado na interpretação dos achados (Sacks *et.al.*, 2008), é importante mencionar que a atuação da maior parte das CTs brasileiras difere sobremaneira das norte-americanas, onde os estudos foram realizados.

Por outro lado, há um ponto especialmente controverso na literatura internacional (Europa e Norte-Americana) sobre pessoas em privação de liberdade acolhidas em CTs. Em alguns países, o acolhimento em CTs é uma das opções para quem responde ao sistema de justiça penal e apresenta uso problemático de drogas e alguns resultados se mostraram positivos se comparados a outras modalidades de cuidado oferecidas no ambiente prisional ou a este mesmo ambiente, sem implementação de qualquer modalidade de cuidado (Smith *et.al.*, 2006; Fiestas & Ponce, 2012). Resultados equivalentes foram obtidos para pessoas em conflito com a lei e com transtornos de personalidade (Richardson & Zini, 2010). Ainda no que se refere à interface da CT com o sistema

de justiça criminal, estudos apontaram um impacto positivo desta forma de tratamento no que se refere a diferentes desfechos legais, especialmente à diminuição da reincidência (Vanderplasschen *et.al.*, 2013; Magor-Blatch *et.al.*, 2014; Vanderplasschen *et.al.*, 2014; NIDA, 2015). Entretanto, a mesma literatura também chama atenção para o fato de que, no caso dos usuários tutelados pelo sistema de justiça penal, estão presentes diferentes fatores de motivação para o tratamento – como a possibilidade de se manter fora do ambiente prisional – de modo que esses serviços e seus desfechos não são diretamente comparáveis a outros tratamentos residenciais (Reif *et.al.*, 2014). Mais uma vez, é importante ressaltar que esses estudos foram realizados em contextos prisionais radicalmente diferentes dos brasileiros e, portanto, seus achados não podem ser extrapolados.

Também há estudos que sugerem que o acolhimento em CT pode ter um impacto social positivo, influenciando posteriormente a entrada no mercado de trabalho, promovendo vínculos sociais e a melhorando a saúde mental geral dos usuários (Vanderplasschen *et.al.*, 2014).

Enfim, a literatura internacional apresenta evidências moderadas de efetividade e de impactos positivos do acolhimento em CTs quando se ampliam os critérios de avaliação para que eles incluam qualidade de vida, vínculos sociais, saúde mental, empregabilidade e desfechos legais, indo ao encontro de uma compreensão mais ampla da recuperação/*recovery* para além da abstinência (Sacks *et.al.*, 2008, Kurlander Perrone, 2019; De Leon, 2021).

Essas evidências, no entanto, têm importantes limitações metodológicas e dificilmente podem ser extrapoladas para além de seu contexto original de investigação.

## As evidências nacionais

No Brasil, são escassas as investigações sobre efetividade e impacto do acolhimento em CTs. Embora haja entidades desse tipo atuando desde a década de 1960 e o financiamento público tenha, como visto ao longo desse relatório, crescido substancialmente, a própria descrição sistemática do conjunto desses dispositivos de cuidado no Brasil é muitíssimo recente (IPEA, 2017).

Não obstante, nos últimos anos, alguns trabalhos investigaram desfechos associados ao acolhimento em CTs no Brasil (Kurlander Perrone, 2014; Barreto *et.al.*, 2021). Os resultados tendem a reforçar alguns dados da literatura internacional, como a associação entre o período de acolhimento sem abandono precoce com desfechos positivos, tais como a melhora geral da qualidade de vida. A manutenção da abstinência foi, da mesma forma, associada a indicadores de melhor qualidade de vida e, nesse trabalho específico, foi discutida a retroalimentação entre esses dois critérios de avaliação, abstinência e qualidade de vida (Kurlander Perrone, 2019).

No que se refere aos fatores preditivos para o abandono de tratamento, o estudo que avaliou usuários acolhidos em uma determinada CT brasileira apontou para práticas consideradas “disfuncionais”, especialmente aquelas relativas à laborterapia e à obrigatoriedade de vínculo religioso, o que contribui para o abandono do tratamento e, em alguns casos, para a recaída (Kurlander Perrone, 2014).

A partir de uma análise de um conjunto de dados relativos a 18 CTs da região Norte do Brasil, Silva *et.al* (2018) afirmaram que

*“[E]stes dispositivos carecem de intervenções coordenadas que englobem desde o mapeamento e cadastro das CTs até capacitações, planejamento, avaliação e monitoramento – priorizando a eficácia dos protocolos clínicos e a oferta de serviços humanizados – tal qual devem ser quaisquer serviços de saúde”*

(Silva *et.al.*, 2018).

Em relação às carências identificadas por esse estudo, importante notar que somente em 2021 foi publicada uma investigação que buscou descrever a implementação de um sistema de monitoramento nas CTs financiadas pelo governo do estado de São Paulo, bem como avaliar os resultados obtidos entre 2014 e 2016. A avaliação possibilitou uma caracterização dos usuários acolhidos nessas unidades, de sua estrutura e dos programas de tratamento por elas desenvolvidos (Barreto *et.al.*, 2021).

Na referida análise, foi relevante o desfecho observado de retorno à família com condições de sustento próprio, considerado pelos autores um importante indicador de sucesso de reinserção social. Em relação a esta variável, os autores destacaram o fato de o índice de 21% estar acima de uma série de estudos longitudinais com populações em tratamento para uso problemático de estimulantes, onde seriam esperados índices entre 15 e 20% (SINHA, 2015, apud Barreto, *et.al.*, 2021). No entanto, chama atenção a possibilidade de um viés de confirmação nessa interpretação, já que a diferença de 1% não é habitualmente considerada relevante. Além disso, os autores reconheceram a possibilidade de um viés de seleção na amostra, uma vez que o estudo analisou CTs que estão em um processo diferenciado de regulamentação e que não seriam, portanto, necessariamente representativas do universo dessas entidades atuantes no país (BARRETO *et.al.*, 2021).

Diante do exposto, fica evidente que o corpo de conhecimento relativo à efetividade do acolhimento em CTs no Brasil é bastante incipiente, sofre influência de aspectos regionais e é limitado pelos diferentes níveis de institucionalização desse tipo de equipamento.

Portanto, em que pesem dados obtidos em estudos incipientes e que devem ser aprofundados, não há evidências rigorosas sobre a efetividade do acolhimento de pessoas que fazem uso problemático de drogas em CTs no Brasil.

## 8. BIBLIOGRAFIA CITADA

ABRUCIO, F. L. “Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático: A reforma da Administração Pública à luz da experiência internacional recente”. In L. C. Bresser-Pereira & Spink (Orgs.), Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial (p. 173–199). Fundação Getúlio Vargas, 1998

BARRETO, K. I. de S. *et. al.* Comunidade Terapêutica como parte da Rede de Atenção Psicossocial: Conformidade e Monitoramento são possíveis? In DE SÁ MENEZES R. L. V. et al. (orgs.). Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. 2021.

BARROSO, P. F. “Estamos compartilhando experiências!”: consensos e dissensos na articulação política dos representantes de CTs no Brasil” In RUI, T. & FIORE, M. (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: Social Science Research Council, 2021 p. 86-106

BROEKAERT, Eric *et. al.* The design and effectiveness of therapeutic community research in Europe: an overview. European Addiction Research, v. 5, n. 1, p. 21-35, 1999.

\_\_\_\_\_. *et. al.* The design and effectiveness of therapeutic community research in Europe: an overview. European Addiction Research, v. 5, n. 1, p. 21-35, 1999.

BRUBAKER, E. R. “The Tragedy of the Public Budgetary Commons”. The Independent Review, v. 1, n. 3, 1997. p. 353–370.

BUNT, G. C. *et. al.* “The therapeutic community: an international perspective”. Substance Abuse, v. 29, n. 3, p. 81-87, 2008.

CAMPOS, A. M. “Accountability: Quando poderemos traduzi-la para o português?” Revista de Administração Pública, 54(2), 30–50, 1990.

CARVALHO, B. & DIMENSTEIN, M. “Análise do discurso sobre redução de danos num CAPS ad III e em uma Comunidade Terapêutica”. Temas em Psicologia, v. 25, n. 2, p. 647-660, 2017.

CASTRO, R. B. de. (2006). Eficácia, Eficiência e Efetividade na Administração Pública, 2006. <https://biblioteca.isced.ac.mz:443/handle/123456789/172>

CRP-SP (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA SP). Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias(os) de drogas no estado de São Paulo – Mapeamento das violações de direitos humanos. São Paulo: CRP-SP, 2016.

DE LEON, G. “Is the therapeutic community an evidence-based treatment? What the evidence says”. Therapeutic communities, v. 31, n. 2, p. 104, 2010.

\_\_\_\_\_. “Therapeutic communities for addictions: A theoretical framework”. International journal of the addictions, v. 30, n. 12, p. 1603-1645, 1995.

\_\_\_\_\_. The therapeutic community: Theory, model, and method. 2000.

\_\_\_\_\_. Is the therapeutic community an evidence-based treatment? What the evidence says. Therapeutic communities, v. 31, n. 2, p. 104, 2010.

\_\_\_\_\_. *et. al.* Therapeutic communities for addictions: essential elements, cultural, and current issues. In: Textbook of Addiction Treatment. Springer, Cham, 2021. p. 697-707.

DUARTE, C. G. & GLENS, M. V. "Fiscalização em comunidades terapêuticas: uma análise da experiência da defensoria pública do estado de São Paulo". In RUI, T. & FIORE, M. (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: Social Science Research Council, 2021 p. 64-85

FIESTAS, F. & PONCE, J. "Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática". Revista peruana de medicina experimental y salud pública, v. 29, p. 12-20, 2012.

GOMES DOS SANTOS, M. P. Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão. IPEA, 2018.

\_\_\_\_\_. & PIRES, R. R. C. "Antagonismo cooperativo na provisão de cuidado a usuários de drogas no Distrito Federal: conflitos e parcerias entre CAPS AD e CT". 2020.

JANEIRO, L. de B. *et. al.* "What is inside the "black box"? Therapeutic community residents' perspectives on each treatment phase". Addiction Research & Theory, v. 26, n. 4, p. 294-305, 2018.

KRAMON, E & POSNER, D.N. "Who Benefits from Distributive Politics? How the Outcome One Studies Affects the Answer One Gets" Perspectives in Politics, v.11 N.2, 2013. p. 461-474.

KURLANDER PERRONE, P. A. "A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?" Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 569-580, 2014.

\_\_\_\_\_. Fatores associados à recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos: um estudo longitudinal em duas Comunidades Terapêuticas. Tese (doutorado). 2019. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, 2019.

\_\_\_\_\_. Fatores prognósticos para o abandono precoce do tratamento da dependência do álcool, crack e outras drogas em uma comunidade terapêutica. Dissertação (mestrado). 2014. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, 2014

LOWI, T. J". American Business, Public Policy, Case-Studies, and Political Theory". World Politics, 16(4), p. 677-715. JSTOR, 1964. <https://doi.org/10.2307/2009452>

MAGOR-BLATCH, L. *et. al.* "A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities". Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities, 2014.

MALIVERT, M. *et. al.* "Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review". European addiction research, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2012

MARINHO, A., & FAÇANHA, L. O. "Programas Sociais: Efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação". Texto para discussão IPEA 787, 2001 p 1-27.

MCLELLAN, A. T. *et. al.* "Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation". Jama, v. 284, n. 13, p. 1689-1695, 2000.

MOREIRA, M. R. *et. al.* "Uma revisão da produção científica brasileira sobre o crack-contribuições para a agenda política". Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 1047-1062, 2015.

MOSHER, F. C. Democracy and the public service (Vol. 53). New York Oxford University Press, 1968

NISKANEN, H.A.Jr. Bureaucracy & Representative Government. Aldine Transaction, 2007.

NIDA - NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE. Therapeutic Communities, 2015. Disponível em: < <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities>>

REIF, S. *et. al.* "Residential treatment for individuals with substance use disorders: assessing the evidence". Psychiatric Services, v. 65, n. 3, p. 301-312, 2014.

RESENDE, N. C. "Marco normativo das comunidades terapêuticas no Brasil: 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.

RICHARDSON, J. & ZINI, V. "Are prison-based therapeutic communities effective? Challenges and considerations". International Journal of Prisoner Health, 2020.

RUBIN, I. "Past and Future Budget Classics: A Research Agenda". Public Administration Review, 75(1), 2015, p 25-35 <https://doi.org/10.1111/puar.12289>

RUI, T. *et. al.* "Pesquisa preliminar de avaliação do Programa 'De Braços Abertos'". Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). São Paulo, 2016.

RUI, T. & FIORE, M. "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, p. 1-7.

SACKS, S. *et. al.* "Modified therapeutic community for co-occurring disorders: a summary of four studies". Journal of Substance Abuse Treatment, v. 34, n. 1, p. 112-122, 2008.

SANO, H., & FILHO, M. J. F. M. "As técnicas de avaliação da eficiência, eficácia e efetividade na gestão pública e sua relevância para o desenvolvimento social e das ações públicas". Desenvolvimento em Questão, 11(22), 2013, p. 35-61. <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2013.22.35-61>

SCHICK, A. "O PPB e o orçamento incremental". Revista de Administração Pública, 10(2), 1972, p. 65-84.

\_\_\_\_\_. "Does budgeting have a future?" OECD Journal on Budgeting, 2(2), 2003, p. 7-48.

SILVA, L. G. da *et. al.* "Tratamentos ofertados em Comunidades Terapêuticas: Desvelando práticas na Amazônia Ocidental". Estudos de Psicologia (Natal), v. 23, n. 3, p. 325-333, 2018.

SILVA, M. F., & COUTO, C. G. "A economia e a política do conflito distributivo: A emenda do teto de gastos públicos no âmbito federal". Jota, 2017.

SMITH, L. *et. al.* "Therapeutic communities for substance related disorder". Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 1, 2006.

SOUZA, T. de P. *et. al.* "A norma de abstinência e o dispositivo" drogas": direitos universais em territórios marginais de produção de saúde" (perspectivas da redução de danos). 2013.

TÓFOLI, L. F. "Política de Drogas y Salud Publica". Revista Sur v, v. 12, n. 21, 2015.

VANDERPLASSCHEN, W. *et. al.* "Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective". The Scientific World Journal, v. 2013, 2013.

\_\_\_\_\_. *et. al.* Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges. 2014.

WEBER, R. "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

WILDAVSKY, A. B. The politics of budgetary process. Little, Brown and Co, 1964.

\_\_\_\_\_. "Political Implications of Budget Reform: A Retrospective". Public Administration Review, 52, p. 594-599.

YATES, R. *et. al.* "Integration: too much of a bad thing?" Journal of Groups in Addiction & Recovery, v. 12, n. 2-3, p. 196-206, 2017.



## 9. ANEXO I - PARECER JURÍDICO SOBRE A LEI COMPLEMENTAR Nº 187/21 E A NATUREZA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

### I. SÍNTESE DO PARECER

- A. A Lei Complementar nº 187/2021 inovou no ordenamento jurídico ao incluir entre as entidades beneficentes elegíveis ao Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS) as “instituições que atuem na redução da demanda de drogas” (art. 32), especificando, nos incisos I que estas alcançam “I - as comunidades terapêuticas”;
- B. Com base na análise das normas que tratam das comunidades terapêuticas (CTs), é possível identificar que essas organizações recebem tratamento jurídico diferenciado a partir de sua natureza e seu perfil de atuação, distinguindo-se entre “Comunidades Terapêuticas de Tratamento” e “Comunidades Terapêuticas de Acolhimento”;
- C. As Comunidades Terapêuticas de Tratamento são entidades de saúde, de natureza médica, que atuam como instituição de saúde, sendo parte integrante da RAPS - Rede de Atenção Psicossocial e sujeitando-se ao cadastro no CNES/MS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde e às normas da ANVISA e do Conselho Federal de Medicina relacionadas aos estabelecimentos de saúde;
- D. As Comunidades Terapêuticas de Acolhimento são entidades atuantes na Política Nacional de Drogas, que não se caracterizam como instituição de saúde nem de assistência social, mas são consideradas como serviços de interesse para a saúde, sujeitando-se ao cadastro no Sistema de Gestão de Comunidades Terapêuticas (SISCT) no Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED) do Ministério da Cidadania, às normas da ANVISA que tratam de acolhimento de usuários de drogas em serviços não vinculados à saúde e às Resoluções do Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD);
- E. As CTs não se caracterizam como organizações atuantes na área da assistência social, uma vez que as atividades que desenvolvem não encontram previsão expressa no rol dos serviços de acolhimento reconhecidos no âmbito do Sistema Único de Assistência Social, nos termos da Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) nº 109/2009;
- F. A inserção das instituições que atuam na redução da demanda de drogas pelo art. 32 da LCP nº 187/2021 como entidades elegíveis ao CEBAS representa, na prática, a criação de uma quarta categoria de organização imune às contribuições sociais, subvertendo a finalidade da LCP, ao arripio do que estabelece o art. 2º da LCP 187/2021 e o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; e

- G. A criação pela Lei Complementar nº 187/2021 dessa nova categoria de organizações elegíveis ao CEBAS cria um tratamento legislativo não isonômico com relação a outras espécies de pessoas jurídicas sem fins lucrativos atuantes em áreas relacionadas, mas não reconhecidas como beneficentes para fins de certificação nas áreas a assistência social, saúde ou educação.

### II. AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A POLÍTICA NACIONAL DE DROGAS

As CTs integram a Política Nacional de Drogas conforme expresso no Decreto 9.761/2019<sup>1</sup>, que estabelece sua coordenação e implementação como atribuições da SENAPRED do Ministério da Cidadania e pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública (SENAD/MJ), no âmbito de suas respectivas competências.

Como orientação geral, o Decreto estabelece que dentre os objetivos dessa política estão promover e garantir a articulação e a integração das intervenções para tratamento, recuperação, reinserção social, por meio de distribuição de recursos técnicos e financeiros por parte do Estado, e, especialmente, estimular, aprimorar e apoiar, inclusive financeiramente, o trabalho de CTs.

Em 2015, o CONAD publicou a Resolução nº 1/2015, caracterizando as CTs como “entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa”. Segundo o Art. 2º dessa resolução, as CTs são pessoas jurídicas sem fins lucrativos que apresentam as seguintes características:

- I. adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como uma etapa transitória para a reinserção sócio-familiar e econômica do acolhido;
- II. ambiente residencial, de caráter transitório, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares;
- III. programa de acolhimento;
- IV. oferta de atividades previstas no programa de acolhimento da entidade, conforme previsão contida no art. 12; e
- V. promoção do desenvolvimento pessoal, focado no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa.

Nos termos da norma do CONAD, não são consideradas CTs as entidades que oferecem serviços assistenciais de saúde ou executem procedimentos de natureza clínica distintos dos serviços previstos na Resolução – que devem observar normas sanitárias e protocolos próprios (art. 2º, §1º). Além disso, o acolhimento de que trata a referida Resolução não se confunde com os serviços e programas da rede de ofertas do SUAS (art. 2º, §1º).

<sup>1</sup> Decreto Nº 9.761, DE 11 DE ABRIL DE 2019 - Imprensa Nacional (in.gov.br)

Em relação ao ingresso de novos residentes, a norma exige avaliação diagnóstica prévia, envolvendo avaliação médica e a caracterização do uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, emitida pela rede de saúde ou por profissional habilitado, preferencialmente com capacitação técnica (art. 6º, II, e § 4º<sup>2</sup>).

As entidades devem, ainda, enviar anualmente ao CONAD informações atualizadas sobre seu funcionamento, número de vagas e perfil das pessoas acolhidas (art. 25), cabendo ao Conselho sistematizar as informações repassadas pelas entidades em banco de dados próprio e público, com garantia de georreferenciamento das entidades<sup>3</sup>.

### III. AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, estabelecendo sua finalidade voltada à criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, visando, declaradamente, a redução de danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas e a reabilitação e a reinserção deste público por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia<sup>4</sup>.

Sobre este especial enfoque, é fundamental destacar que a RAPS foi criada com base na Lei nº 10.216/2001<sup>5</sup>, que consolidou a reforma psiquiátrica em território nacional, e redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo ainda sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais – embora não tenha instituído mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios<sup>6</sup>.

As CTs são disciplinadas na Portaria MS nº 3.088, de 2011 como “serviço 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”, possuindo importante papel na estratégia de

desinstitucionalização da RAPS.<sup>7</sup> Segundo essa portaria, as CTs são incluídas como parte dos Serviços de Atenção em Regime Residencial da RAPS.<sup>8</sup>

Os Serviços de Atenção em Regime Residencial funcionam de forma articulada com a atenção básica em saúde, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários, e com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), responsáveis pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída, pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade (art. 9º, § 3º Portaria MS nº 3.088/ 2011). Os CAPS são constituídos por equipes multiprofissionais que atuam sob a ótica interdisciplinar (art. 7º, § 1º) e exercem papel fundamental na recomendação e encaminhamento de pacientes às CTs.

As CTs foram tratadas de maneira mais específica pela Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, que instituiu incentivo financeiro para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial. Além do estabelecimento do valor do repasse, a Portaria estabelece uma série de diretrizes de funcionamento aplicáveis às CTs. As entidades prestadoras de serviço de atenção em regime residencial devem, por exemplo, respeitar o direito do residente ao contato frequente e a visitas regulares de familiares desde o primeiro dia, bem como o estímulo ao convívio social e a participação em atividades fora da entidade (art. 8º), não pregando, portanto, o isolamento. A Portaria exige, ainda, o acompanhamento do tratamento dos usuários e de seus familiares pela equipe do CAPS de referência (art. 17) e veda expressamente o uso de quartos de contenção e trancas que não permitam a livre circulação dos usuários residentes aos ambientes acessíveis da entidade prestadora do serviço (art. 9º, parágrafo único).

Quanto à estrutura dos Serviços de Atenção em Regime Residencial, estabelece a Portaria que tais entidades deverão estar instaladas (art. 9º) fora dos limites de unidade hospitalar e em local que permita acesso facilitado para a reinserção do usuário residente em sua comunidade de origem.

Em relação ao ingresso de novos residentes, a norma exige o consentimento expresso e esclarecido dos usuários, incentivando-se inclusive visita prévia do usuário às dependências das CTs para conhecimento da proposta de trabalho, além de avaliação prévia pelo CAPS de referência em conjunto com a Equipe de Atenção Básica, constituída por profissionais multidisciplinares responsáveis pelos atendimentos individuais dos usuários e, se possível, de suas famílias (arts. 13 e 14).

2 Dispõe ainda a Resolução que são obrigações das entidades que promovem o acolhimento de pessoas com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, dentre outras (art. 6º), Plano de Atendimento Singular – PAS; informar, de modo claro, os critérios de admissão, permanência e saída, bem como o programa de acolhimento da entidade, que devem receber a anuência prévia, por escrito, do acolhido; garantir a participação da família ou de pessoa indicada pelo acolhido no processo de acolhimento; comunicar cada acolhimento ao estabelecimento de saúde e aos equipamentos de proteção social do território da entidade; incentivar o vínculo familiar e social, permitindo a visitação de familiares; não praticar ou permitir ações de contenção física ou medicamentosa, isolamento ou restrição à liberdade da pessoa acolhida, mantendo os ambientes de uso dos acolhidos livres de trancas, chaves ou grades; não praticar ou permitir castigos físicos, psicológicos ou morais; não submeter os acolhidos a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes.

3 Outro aspecto interessante é que as CTs devem comunicar o início e o encerramento de suas atividades e o seu programa de acolhimento a outros órgãos, como Órgãos gestores de políticas sobre drogas federal estadual e municipal, Secretarias e Conselhos Municipais de Saúde, Assistência Social e Educação (este último no caso de Adolescentes). As CTs que realizam o acolhimento de adolescentes devem registrar entidade e seus programas, especificando o regime de atendimento no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA). Caberá ao CMDCA, na forma do § 1º do art. 90 e do art. 91 do Estatuto da Criança e do Adolescente, manter registro das inscrições e suas alterações, do que fará comunicação ao Conselho Tutelar e à autoridade judiciária. O acolhimento de adolescentes em CTs está sub judice – ACP 0813132-12.2021.4.05.8300/TRF5

4 Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/ acesso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps>. Último acesso em 21/03/2022.

5 Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm).

6 *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, novembro de 2005. Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf), p. 8.

7 As estratégias de desinstitucionalização da RAPS são constituídas por um conjunto de iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social (art. 11, § 1º Portaria MS nº 3.088/2011).

8 Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).

#### IV. IMUNIDADE TRIBUTÁRIA E A LEI COMPLEMENTAR Nº 187/2021

Imunidade tributária são regras constitucionais impedem o poder executivo e legislativo de exigir determinado tributo, de determinada pessoa, porque estas em tese atendem e protegem interesses maiores da sociedade<sup>9</sup>.

Nesse sentido, o art. 150, inciso VI, alínea “c”, da Constituição Federal confere imunidade tributária sobre a renda, o patrimônio e os serviços<sup>10</sup> de entidades de educação, assistência social e à saúde, constituídas sob a forma de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, no que estiver relacionado às suas atividades essenciais, isto é, às suas atividades-fim.

Ainda no plano das imunidades constitucionais, o §7º do art. 195 estabelece que as instituições de educação, assistência social e à saúde que atuem de maneira beneficente, na forma da lei, serão imunes às contribuições sociais, incluindo-se as contribuições incidentes sobre a folha de salários - CSLL (contribuição social sobre o lucro líquido), PIS/PASEP e COFINS (contribuição para o custeio da seguridade social). Para comprovação do caráter beneficente de suas ações, a organização deve ser certificada com o CEBAS.

O CEBAS também permite que a entidade se beneficie da arrecadação via títulos de capitalização na modalidade de filantropia premiável<sup>11</sup>. Nessa modalidade, uma pessoa interessada em participar de sorteios, cede a entidades beneficentes de assistência social, certificadas com o CEBAS, o direito de resgate do saldo capitalizado.<sup>12</sup>

Em março de 2021, o Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu a inconstitucionalidade formal da Lei Ordinária nº 12.101/2009, que regulamentava o gozo da imunidade tributária das contribuições à seguridade social e o CEBAS. Segundo STF a imunidade tributária deve ser regulamentada por Lei Complementar, sobretudo para “evitar que falsas instituições de assistência e educação sejam favorecidas pela imunidade”.<sup>13</sup>

A decisão mobilizou o Congresso Nacional a tramitar e votar o Projeto de Lei Complementar nº 134/2019, dando origem à atual Lei Complementar nº 187/2021, que “dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social” (art. 146, inciso II, e art. 195, § 7º, ambos da Constituição Federal).

9 Segundo Roque Antônio Carrazza, “enunciados constitucionais (expressos ou implícitos) que impedem o legislador de exigir, de uma dada pessoa, determinado tributo, justamente porque atendem, protegem os interesses maiores da sociedade” CARRAZZA, Roque Antônio. Imunidades tributárias dos templos e instituições religiosas. São Paulo: Noeses, 2015, pp. 5-9.

10 Ou seja, impostos federais, estaduais e municipais sobre Renda (IR - federal), patrimônio (ITR - federal); IPVA - estadual; IPTU - municipal) e consumo (ICMS - estadual e ISS - municipal).

11 Anexo IX da Circular SUSEP nº 576/2018 - art. 3º “Cada campanha filantrópica deve estar associada a uma entidade beneficente que será favorecida com os recursos oriundos da cessão de resgate dos títulos de capitalização. Parágrafo único. A entidade deve, obrigatoriamente, estar constituída há, pelo menos, 5 (cinco) anos, além de possuir a Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS), concedida pelo Governo Federal”.

12 Sobre a matéria vale destacar o projeto de Lei nº 545/2022, originário do Senado Federal, aprovado em 30/03/2022 na Câmara dos Deputados, que aguarda sanção presidencial, que traz uma regulamentação mais específica para esta modalidade do título de capitalização de filantropia premiável a entidades certificadas com o CEBAS, ampliando as possibilidades de financiamento.

13 Voto Min. Gilmar Mendes. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=752454021>, pp. 25-26.

O processo de certificação como entidade beneficente de assistência social previsto pela Lei Complementar nº 187/2021 prega o princípio da universalidade do atendimento e, neste aspecto, é muito parecido ao da Lei nº 12.101/2009. No entanto, apresenta algumas inovações: entidades que realizarem atendimentos em mais de uma área (saúde, assistência social ou educação) estão dispensadas da comprovação dos requisitos específicos exigidos para as áreas não preponderantes; as exigências de percentuais de gratuidade são diferenciadas para serviços e atividades específicas; e, **especialmente, as CTs passaram a ser tratadas como a entidades elegíveis ao CEBAS.**

Em que pese a norma introduzida pela Emenda Constitucional nº 95, por meio do art. 113 dos Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), determinar que toda proposição legislativa deve ser acompanhada da estimativa do impacto orçamentário e financeiro, a LCP nº 187/2021 foi aprovada sem que nenhum estudo fosse apresentado.

#### V. AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A LCP 187/2021

##### a. CEBAS E AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Segundo a Lei Complementar nº 187/2021, CTs serão instituições destinadas a oferecer cuidado mediante adesão voluntária em regime residencial transitório e em ambiente protegido, orientada por princípios éticos com foco no desenvolvimento pessoal e social através da abstinência.<sup>14</sup>

Para ser beneficiária de imunidade tributária, a CT deve estar legalmente constituída como entidade privada sem fins lucrativos na forma de “associação, fundação ou ainda de instituição religiosa” e estar cadastrada perante a “autoridade executiva federal competente”. No caso das CTs, portanto, a certificação está a cargo da SENAPRED<sup>15</sup>, e não mais no CNES<sup>16</sup>, como organização de saúde.

Para a certificação, a entidade deverá apresentar<sup>17</sup> declaração emitida pelos órgãos que tratam da questão das drogas em âmbito federal (ex: ministério /conselhos) estadual (ex-secretarias / conselhos) e municipal (secretarias/conselhos) que tenham competência para atestar a atuação da organização na redução ou controle do uso de drogas.

14 Art. 32, § 2º Considera-se comunidade terapêutica o modelo terapêutico de atenção em regime residencial e transitório, mediante adesão e permanência voluntárias, a pessoas com problemas associados ao uso, ao abuso ou à dependência do álcool e de outras drogas acolhidas em ambiente protegido e técnica e eticamente orientado, que tem como objetivo promover o desenvolvimento pessoal e social, por meio da promoção da abstinência, bem como a reinserção social, buscando a melhora geral na qualidade de vida do indivíduo.

15 Art. 32, § 4º As entidades referidas nos §§ 2º e 3º deste artigo, constituídas como pessoas jurídicas sem fins lucrativos, na forma dos incisos I, III ou IV do caput do art. 44 da Lei nº 10.406/2002 (Código Civil), deverão ser cadastradas pela autoridade executiva federal competente e atender ao disposto na alínea a do inciso I do caput do art. 2º da Lei nº 13.019/2014. § 5º A certificação das entidades de que trata o caput deste artigo será realizada pela unidade responsável pela política sobre drogas da autoridade executiva federal responsável pela área da assistência social.

16 Portaria MS nº 1.482/2016 estabelecia que “são considerados elegíveis ao cadastramento no CNES as entidades de promoção à saúde e as CTs”.

17 Art. 33. Para serem consideradas beneficentes e fazerem jus à certificação, as entidades a que se refere o art. 32 desta Lei Complementar deverão: I - Apresentar declaração emitida por autoridade federal, estadual, distrital ou municipal competente que ateste atuação na área de controle do uso de drogas ou atividade similar; II - Manter cadastro atualizado na unidade a que se refere o § 5º do art. 32 desta Lei Complementar; III - Comprovar, anualmente, nos termos do regulamento, a prestação dos serviços referidos no art. 32 desta Lei Complementar; IV - Cadastrar todos os acolhidos em sistema de informação específico desenvolvido, nos termos do regulamento, no caso das comunidades terapêuticas; V - Comprovar o registro de, no mínimo, 20% (vinte por cento) de sua capacidade em atendimentos gratuitos.

Destaca-se aqui que a despeito de a Lei localizar o procedimento de certificação de CEBAS das CTs dentro do Ministério da Cidadania – juntamente com a certificação das organizações de Assistência Social –, a autoridade responsável por atestar a atuação na área de “controle de uso de drogas ou atividade similar” não é estabelecida e poderia ser de outras áreas, como da saúde e da Justiça e Segurança Pública.

A norma ainda traz um tratamento diferenciado em relação às demais entidades de assistência social ao não prever o cadastro nos Conselhos Municipais de Assistência Social – COMAS, mesmo que, a princípio, tenha sido equiparada a esta figura, reduzindo as possibilidades de controle e fiscalização.

Seguindo a lógica geral da nova lei, o fato de serem consideradas beneficentes não implica necessidade de gratuidade total dos serviços prestados, podendo tais instituições realizar atividades que garantam os recursos necessários para a prestação de serviços na área de assistência social, mesmo que por meio de filiais, com ou sem cessão de mão de obra.

Destaca-se que a legislação estabelece critérios diversos e diferenciados para entidades da área da saúde, educação, assistência social ou CTs com relação à exigência de gratuidade. Na saúde, prevalece a necessidade de comprovar a aplicação em gratuidade de percentual da receita da organização obtida com serviços específicos da área. Na área da educação, a comprovação da gratuidade se dá por meio de percentuais de oferta de bolsas de estudos e demais benefícios. Já na assistência social, a norma não menciona especificamente um percentual mínimo ou máximo de gratuidade para os serviços assistenciais, mas prevê a possibilidade de as organizações desenvolverem atividades que gerem recursos.

Já as CTs são tratadas de forma especial pela legislação, devendo comprovar somente que destinam pelo menos 20% de sua capacidade para atendimentos gratuitos, não restando esclarecida a competência pela definição da capacidade de atendimento de cada entidade.

Vale pontuar que as CTs não são as únicas organizações a receberem tratamento diferenciado. Nesse quesito, é possível traçar um paralelo entre as CTs e as instituições dedicadas ao cuidado socioassistencial de pessoas idosas.<sup>18</sup>

## **b. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E ORGANIZAÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Considerando que a LCP nº 187/2021 tratou da imunidade das CTs na mesma Seção da norma que especifica a concessão do CEBAS às entidades atuantes no âmbito da assistência social, como organizações atuantes num “modelo terapêutico de atenção em regime residencial”, mediante “acolhimento em ambiente protegido e técnica e eticamente orientado”, buscamos analisar se as CTs estariam ou não inseridas nos Serviços de Acolhimento Institucional do SUAS.

<sup>18</sup> As Instituições de Longa Permanência de Idosos (LPIs) e Casas-lares podem gozar da imunidade tratada pelo art. 195, § 7º, da Constituição desde que tenham firmado contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada. A nova lei mantém a possibilidade de cobrança de até 70% do benefício previdenciário (aposentadoria) ou de assistência social (benefício de prestação continuada) percebido pela pessoa idosa acolhida, a fim custear os serviços contratados.

A Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009 do CNAS<sup>19</sup> é a norma que aprova, tipifica e classifica os Serviços Socioassistenciais e que prevê, no âmbito dos Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade, um rol de serviços de acolhimento.<sup>20</sup>

Os Serviços Socioassistenciais no Brasil se dividem em: (i) Serviços de Proteção Social Básica, de caráter preventivo, que visam evitar situações de vulnerabilidade e risco social; e (ii) Serviços de Proteção Social Especial, de caráter remediativo, voltados ao enfrentamento de violações de direitos já concretizadas e à reconstrução dos vínculos familiares e comunitários rompidos.

A Proteção Social Especial destina-se a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, ou seja, cujas violações de direitos já foram concretizadas em virtude de abandono, maus tratos físicos e psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras razões. Os serviços que integram a Proteção Social Especial podem ser da média ou de alta Complexidade.

Os serviços de média complexidade oferecem atendimento imediato, especializado, individualizado, continuado e articulado para famílias com um ou mais de seus integrantes em situação de ameaça ou violação de direitos, visando à superação dessas condições e o fortalecimento e a preservação de vínculos familiares, sociais e comunitários, de forma a restaurar os direitos violados.

Já os de alta complexidade destinam-se ao acolhimento, em diferentes modalidades e equipamentos, de indivíduos e/ou famílias afastados do núcleo familiar e/ou comunitário de origem. Os Serviços de Acolhimento Institucional que integram a Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS visam o acolhimento de indivíduos em situação de extrema vulnerabilidade, com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, em unidades com características residenciais inseridas na comunidade local, com ambientes acolhedores e estruturas físicas adequadas em termos de habitabilidade, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade, para garantir-lhes proteção integral.

São ofertados, em quatro diferentes tipos de equipamentos, unidades ou estruturas: Abrigo Institucional<sup>21</sup>, Casa-Lar<sup>22</sup>, Casa de Passagem<sup>23</sup>, Residência Inclusiva<sup>24</sup>, a depender do público a ser atendido. CTs não fazem, portanto, parte dos Serviços de Acolhimento Institucional da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS.

<sup>19</sup> Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao\\_CNAS\\_N109\\_%202009.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf).

<sup>20</sup> As definições, descrições, objetivos destinatários/usuários, condições e formas de acesso aos serviços, entre outros pormenores, estão no Anexo da Resolução CNAS nº 109.

<sup>21</sup> Os Abrigos Institucionais destinam-se ao acolhimento de crianças, adolescentes, adultos e idosos, inclusive com deficiência; famílias; e mulheres em situação de violência doméstica e familiar, acompanhadas ou não de seus filhos. Assemelha-se a uma residência e deve estar inserido em áreas residenciais, não pode ser identificado com placas para evitar a estigmatização dos acolhidos. Deve promover o uso dos equipamentos e serviços disponíveis na comunidade local aos usuários acolhidos.

<sup>22</sup> As Casas-Lares atendem crianças e adolescentes e idosos - inclusive com deficiência. São unidades menores, em que uma ou mais pessoas trabalham como cuidadores residentes. O ambiente não se assemelha a própria casa dos usuários.

<sup>23</sup> As Casas de Passagem ofertam acolhimento imediato e emergencial para adultos e famílias, por no máximo de 90 dias. Com capacidade para atender até 50 pessoas, os atendimentos nas Casas de Passagem são feitos pelos Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, pelo Serviço em Abordagem Social ou pelos Centros POP (Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua).

<sup>24</sup> As Residências inclusivas são um serviço de acolhimento institucional voltado ao atendimento de jovens (maiores de 18 e menores de 21 anos) e adultos com deficiência com alto grau de dependência e que têm por finalidade contribuir para a construção progressiva da autonomia, inclusão social e comunitária, bem como o desenvolvimento de capacidades adaptativas para a vida diária.

Importante destacar que o SUAS, ao menos no tocante ao Serviço de Acolhimento Institucional, não possui unidade de acolhimento institucional específica voltada às pessoas que fazem uso problemático ou são dependentes de drogas. Dos resultados do último Censo SUAS, do ano de 2019<sup>25</sup>, verifica-se, por exemplo, que os acolhidos “dependentes de álcool ou outras drogas” – na terminologia utilizada nos formulários – são atendidos em todas as unidades que compõem o Serviço de Acolhimento Institucional.

Nesse sentido, verifica-se que as CTs e os serviços por elas prestados – redução da demanda de drogas e/ou acolhimento de adultos e adolescentes que fazem uso problemático de drogas – não estão previstas na Lei Orgânica da Assistência Social e nem encontram previsão expressa nas normas que regulamentam o SUAS. O conceito de CTs constantes no artigo 32, § 2º, da LCP nº 187/2021 não tem, portanto, relação com a política ou a definição jurídica de organização de assistência social.

### **c. A CRIAÇÃO DE UM TIPO ESPECÍFICO DE CERTIFICAÇÃO PARA ENTIDADES ATUANTES NA REDUÇÃO DA DEMANDA DE DROGAS**

A inserção das instituições que atuam na redução da demanda de drogas – entre elas as CTs de acolhimento – pelo art. 32 da LCP nº 187/2021, como entidades elegíveis ao CEBAS representa, na prática, a criação de uma nova categoria de organizações imune às contribuições sociais.

Uma Cartilha orientativa recém publicada pelo Ministério da Cidadania (disponibilizada no site do Ministério desde 14 de março de 2022)<sup>26</sup> sobre a certificação dessas entidades reconhece esta intenção, ao definir o CEBAS como uma “Certificação concedida pelo Governo Federal às organizações sem fins lucrativos reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social que prestem serviços nas áreas de educação, assistência social, saúde ou Entidades Atuantes na Redução da Demanda de Drogas”.

O procedimento para certificação das entidades atuantes na demanda de drogas é pouco detalhado na LCP nº 187/2021, sendo orientado pelas linhas gerais definidas para a certificação de entidades de assistência social, devendo, todavia, submeter-se à regulamentação posterior pela “unidade responsável pela política sobre drogas da autoridade executiva federal responsável pela área da assistência social” (art. 32 § 5º).<sup>27</sup>

Ou seja, é um procedimento próprio, específico, criado pela nova norma e que não se confunde com o processo de certificação das entidades de saúde ou com o processo de certificação de organizações de assistência social, que, entre outros requisitos, exige a inscrição nos Conselhos Municipais de Assistência Social ou no CNES/MS.

25 Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>.

26 Passos para a certificação cebas assistência social ([www.gov.br](http://www.gov.br))

27 A mencionada cartilha, inclusive, alerta que o procedimento depende da regulamentação da LCP 187/2021 pelo Poder Executivo, havendo destaque na capa do material que a sua utilização deverá “Aguardar publicação de Decreto, que regulamenta a Lei Complementar 187/2021”.

Em sua introdução, o material reforça também a tendência de ampliação do financiamento públicos de CTs quando afirma que a certificação é importante para o fortalecimento da política pública nacional de drogas, a parceria público-privada entre Estado e organizações privadas e para a melhoria dos serviços.

O material informa que a SENAPRED será a instância responsável pela tramitação dos processos e apresenta os passos do processo de certificação. Caso se efetive o estabelecimento desta competência à SENAPRED, ela acumulará diversas atividades e funções com relevância estratégica para o processo de cadastro, acesso a financiamento público, fiscalização e obtenção de CEBAS pelas CTs.

Nesse sentido, a implementação de um processo próprio de certificação “CEBAS/ Entidades Atuantes na Redução da Demanda de Drogas” no Ministério da Cidadania se constituiem uma instância peculiar no que diz respeito ao procedimento de certificação de entidades beneficentes, cuja atuação ficar desvinculada da previsão legal e da política da assistência social.

Fica evidente que essa inclusão das “Entidades Atuantes na Redução de Demandas de Drogas” como uma área adicional de atuação para a certificação das entidades beneficentes elegíveis ao CEBAS subverte a finalidade da própria Lei Complementar, ao arrepio do que estabelece o § 7º do art. 195 da Constituição. Isto porque a previsão contrária de forma direta o art. 2º da LCP nº 187/2021, que elenca o rol taxativo das três únicas áreas possíveis de atuação para as organizações que buscam o CEBAS, quais sejam: saúde, educação e assistência.

Ainda que escamoteadas como “organizações de assistência social”, as instituições que atuam na redução da demanda de drogas – o que inclui as “CTs de Acolhimento” – há evidência de que não atuam na área da assistência social<sup>28</sup>, de modo que não é juridicamente possível seu enquadramento como tal. Assim, é inegável que a inserção das CTs na referida norma representa um verdadeiro privilégio conferido a essas entidades, em afronta ao princípio constitucional da isonomia entre pessoas jurídicas, na medida em que favorece um tipo específico de entidade atuante em segmento não relacionado à educação, à saúde ou à assistência social.<sup>29</sup>

## **VI. CTS: TRATAMENTO OU ACOLHIMENTO?**

Da análise das CTs à luz da legislação que regulamenta a oferta de serviços no campo da saúde mental, que regulamenta a Política Nacional de Drogas e que define as oferta de serviços de acolhimento no campo da assistência social, fica evidente que a expressão “CTs” pode designar

28 A assistência social tem por objetivos a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes; a promoção e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária, bem como a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (art. 203, CF/88). Ainda que as Comunidades Terapêuticas tenham por finalidade algum tipo de apoio a pessoas em vulnerabilidade, sua atuação não se enquadra nestes conceitos.

29 É o caso, por exemplo, de organizações que atuam com educação não formal, incluindo as entidades de educação esportiva, educação ambiental, em direitos humanos, e a educação para a cidadania, entre tantas outras. Portanto, cabe ao legislador se vincular ao comando constitucional da isonomia, que é também princípio que rege a atuação da Administração Pública, conforme redação do artigo 37 da Constituição Federal e entendimento reiterado do Supremo Tribunal Federal. (ADI 4.650/DF, MI 58)



organizações sem fins lucrativos cuja atuação está contemplada no âmbito da Política de Saúde (RAPS, a cargo do Ministério da Saúde) como também organizações cuja atuação está contemplada no âmbito da Política Nacional de Drogas (a cargo dos Ministérios da Cidadania e da Justiça e Segurança Pública).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução nº 2.056/2013, definiu e normatizou serviços e ambientes médicos, determinando critérios mínimos para funcionamento e atuação de profissionais médicos nesses locais. A referida norma previu expressamente a figura das CTs de natureza médica, impondo regras relativas ao seu funcionamento que se igualam às seguidas por estabelecimentos de hospitalização (art. 28, §2º e §3º), garantindo, por exemplo, plantão médico presencial durante todo o seu horário de funcionamento, e presença de médicos assistentes e equipe completa de pessoal.

A mesma Resolução reconheceu de forma expressa a existência de CTs não médicas. Por não serem consideradas serviços de assistência médica, nestas instituições “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.” (art. 29 e §1º).

Na mesma direção, o CFM, ao estabelecer 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, nos termos da Resolução nº 2.057/2013, reafirmou a diferença entre CTs médicas e não médicas ao destacar que:

Art. 11. Um estabelecimento que realize assistência psiquiátrica sob regime de internação (turno, dia ou integral) deve oferecer as seguintes condições específicas para o exercício da Medicina:

§ 3º As comunidades terapêuticas de natureza médica deverão ser dotadas das mesmas condições que os demais estabelecimentos de hospitalização, garantindo plantão médico presencial durante todo o seu horário de funcionamento, presença de médicos assistentes e equipe completa de pessoal de acordo com a Lei nº 10.216/2001 e as presentes normas e o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Art. 12. Nos casos de centros de convivência, lares protegidos, estabelecimentos de compartilhamento comunitário e comunidades terapêuticas não médicas ou similares, sua organização deve obedecer apenas ao previsto no art. 10, não se caracterizando como serviço psiquiátrico.

A ANVISA, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, também estabeleceu requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou depen-

dência de substâncias psicoativas (SPA) em regime de residência que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares.

Na época de edição dessa norma, no entanto, não havia menção à figura das CTs. Em 2013, a ANVISA emitiu a Nota Técnica 055/2013<sup>30</sup>, com o intuito de esclarecer o conteúdo da RDC nº 29, tendo, então, se referido expressamente às CTs como “instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA)”.

Na mesma nota, a ANVISA dirimiu dúvidas sobre responsável técnico (nível superior legalmente habilitado e com formação em qualquer área), gestão de pessoal (recursos humanos em período integral) e processo de admissão dos acolhidos (requerendo avaliação por instituições da rede de saúde), a partir da regulamentação dos requisitos de segurança sanitária para funcionamento dessas instituições em regime de residência” (Resolução RDC nº 29/2011, da Diretoria Colegiada da Anvisa). Vale destacar que em decisão recente sobre o tema, o TRF da 3ª Região<sup>31</sup> entendeu que o marco legal das CTs claramente diferencia as organizações de “acolhimento” das de “tratamento”, sendo a primeira atividade própria das CTs, como previsto na Resolução 01/2015 do CONAD e a segunda como tratamento que “deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social”, sendo vedada a internação nas CTs acolhedoras.”

A partir da análise realizada e com base nestes elementos, portanto, podemos concluir que a expressão “CTs” abarca duas categorias de organizações com naturezas distintas, quais sejam:

- A. **Comunidades Terapêuticas de Tratamento** – Portanto, médicas, parte da RAPS e sujeitas às normas técnicas da ANVISA para ambientes em que predomina como instrumento terapêutico a convivência entre os pares, mas onde existe a prática de atos médicos e tratamento, atraindo inclusive a regulação e a fiscalização pelo CFM. Essas comunidades, por estarem atreladas à RAPS, também acolhem pessoas adultas e que integral o público-alvo da saúde mental; e
- B. **Comunidade Terapêuticas de Acolhimento** – Ligadas à Política Nacional de Drogas, atuam de acordo com instruções do CONAD e utilizam como instrumento terapêutico a convivência entre os pares e, em regra, não realizam a prática de atos médicos e tratamento.

Tanto é assim que, em 2020, por meio da Nota Técnica Nº 02, a ANVISA trouxe novos esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Ela denominou CTs Acolhedoras “aquelas que utilizam como instrumento terapêutico a convivên-

30 ANVISA. 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. Disponível em: [http://antigo.anvisa.gov.br/documentos/33852/5906701/Nota\\_T%C3%A9cnica\\_55\\_2013/75219a81-22f3-4405-8e3c-346928c91815](http://antigo.anvisa.gov.br/documentos/33852/5906701/Nota_T%C3%A9cnica_55_2013/75219a81-22f3-4405-8e3c-346928c91815). Último acesso: 23.03.2022.  
31 Agravo de Instrumento em Ação Civil Pública 0014992-18.2016.403.61.00 - Disponível em: <http://web.trf3.jus.br/acordaos/Acordao/BuscarDocumentoGedpro/7286477>. Último acesso: 23.03.2022.

cia entre os pares, não realizando qualquer terapêutica que dependam de profissionais de saúde, são consideradas como serviços de interesse para a saúde, e não serviços de saúde.”<sup>32</sup>

Esta Nota Técnica de 2020 diferencia as CTs Acolhedoras das CTs que oferecem cuidados de saúde, ou seja, que promovem terapêuticas ou executam procedimentos exclusivos de categorias profissionais de saúde, esclarecendo que estas últimas devem observar, além da RDC Anvisa nº 29/2011, as normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde (tais como a RDC 50/2002, RDC 63/2011, RDC 36/2013 e RDC 222/2018, ou as normas sanitárias que vierem a substituí-las.

A Nota da ANVISA ainda conclui que “se o estabelecimento é classificado como Comunidade Terapêutica é porque predomina como instrumento terapêutico a convivência entre os pares. Quanto às questões estruturais, a RDC 50/2002 (ou a que vier substituí-la) seria aplicada somente aos ambientes que executam atividades de saúde (como consultórios e enfermarias).”<sup>33</sup>

Por fim, em 2021, a ANVISA novamente tratou do tema em material orientativo com perguntas e respostas sobre CTs, onde destacou, na perspectiva do monitoramento e da fiscalização, que as CTs consideradas de saúde assim como as de interesse à saúde estão sujeitas à fiscalização dos órgãos de Vigilância Sanitária locais (municipais ou estaduais), a partir de normas sanitárias federais e locais sobre o tema. É papel da fiscalização sanitária avaliar a infraestrutura, documentação, recursos humanos e processos de trabalho e aplicar no caso de irregularidades sanções segundo a gravidade da infração sanitária, que vão de advertência e multa, até a interdição do estabelecimento. Também é possível que o Ministério Público e Conselhos Profissionais fiscalizem essas entidades, no âmbito de suas atribuições.<sup>34</sup>

Consequência disso, temos que as CTs que se enquadrem na classificação de “CTs de tratamento” podem obter a certificação do CEBAS seguindo o procedimento estabelecido para a certificação de entidades de Saúde, sujeitas portanto aos dispositivos da Seção II da LCP nº 187/2021 “Da Saúde”, disciplinadas pelo art. 7º. e seguintes da Lei (descritos no item III.I deste parecer).

A indefinição do tempo de permanência dos acolhidos, a ideia de ambiente protegido e a não limitação ao público adulto são elementos que diferenciam as CTs previstas na RAPS daquelas previstas na nova legislação. O conceito de CTs trazido pelo artigo 32, § 2º, da LCP nº 187/2021, ao se referir às CTs como entidades que atuam na redução da demanda de drogas, difere, e muito, da disciplina dada pela Portaria nº 3.088/2011 e Portaria nº 131/2012, ambas do Ministério da Saúde, que tratam das CTs.

O procedimento específico introduzido no ordenamento jurídico pela da LCP nº 187/2021, que criou uma Subseção II dedicada às “Entidades Atuantes na Redução de Demandas de Drogas”, dentro da Seção IV destinada as organizações da “Assistência Social” diz respeito somente às CTs de acolhimento.

32 ANVISA. Nota Técnica CSIPS/GGTES/ANVISA nº 02/2020, p. 4. Disponível em [http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/5906701/NOTA+T%C3%89CNICA+CSIPS+SOBRE+COMUNIDADES+TERAP%C3%8AUTICAS+ACOLHEDORAS\\_vers%C3%A3o+final/f9c8ccad-fbf5-4baa-b098-52c0c56e14a6](http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/5906701/NOTA+T%C3%89CNICA+CSIPS+SOBRE+COMUNIDADES+TERAP%C3%8AUTICAS+ACOLHEDORAS_vers%C3%A3o+final/f9c8ccad-fbf5-4baa-b098-52c0c56e14a6). Último acesso: 23.03.2022.

33 Idem. ANVISA. Nota Técnica CSIPS/GGTES/ANVISA nº 02/2020, p.4.

34 ANVISA. Perguntas e respostas – Comunidades terapêuticas. Coordenação de Serviços de Interesse para Saúde - CSIPS Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, p. 10. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/perguntas-e-respostas-comunidades-terapeuticas-2021.pdf>. Último acesso: 23.03.2022.

Sínteses do Parecer Jurídico: elaborado para Conectas Direitos Humanos por Szazi, Bechara, Storto, Reicher e Figueirêdo Lopes Advogados (SBSA Advogados), Paula Raccanello Storto, Stella Camlot Reicher, Beatriz Lemos Brandão Schirra, Vinicius Fidelis Costa, Fernando Arruda de Moraes

## 10. ANEXO II - QUESTIONÁRIO BASE ENVIADO PARA GOVERNOS ESTADUAIS, DISTRITAL E PREFEITURAS DE CAPITAIS

1. Entre os anos de 2017 e 2020, o governo do \_\_\_\_\_ contratou ou financiou serviços privados de acolhimento terapêutico residencial permanente ou provisório para recuperação de pessoas que fazem uso problemático ou são dependentes de drogas psicoativas?
2. Entre os anos de 2017 e 2020, o governo do \_\_\_\_\_ apoiou ou financiou direta ou indiretamente – por meio de fornecimento de material, de transporte, de recursos humanos, formação ou qualquer outro tipo – entidades privadas com ou sem fins lucrativos que prestam serviço de acolhimento terapêutico residencial permanente ou provisório para recuperação de pessoas que fazem uso problemático ou são dependentes de drogas psicoativas?
3. No caso de resposta positiva para um dos casos das perguntas 1 ou 2, quais os valores das despesas empenhadas, liquidadas e pagas e quais as modalidades de licitação para entidades privadas com ou sem fins lucrativos que prestam serviço de acolhimento terapêutico residencial permanente ou provisório para recuperação de pessoas que fazem uso problemático ou são dependentes de drogas psicoativas oferecidos entre os anos de 2017 e 2020?
4. No caso de resposta positiva para um dos casos das perguntas 1 ou 2, de qual(is) órgão(s) e função(ões), sub-funções e programa(s) orçamentário(s) se originaram os recursos empregados para remunerar ou apoiar entidades privadas com ou sem fins lucrativos que prestam serviço de acolhimento terapêutico residencial permanente ou provisório para recuperação de pessoas que fazem uso problemático ou são dependentes de drogas psicoativas entre os anos de 2017 e 2020?
5. O governo do \_\_\_\_\_ contratou, entre os anos de 2017 e 2020, vagas em entidades privadas com ou sem fins lucrativos que prestam serviço de acolhimento terapêutico residencial permanente ou provisório para recuperação de pessoas que fazem uso problemático ou são dependentes de drogas psicoativas? Quantas vagas foram contratadas em cada ano e como foi feito o credenciamento das entidades contratadas?
6. No caso de resposta positiva para a Pergunta 5, quem é o órgão responsável pelo monitoramento e pelo controle das vagas contratadas junto a entidades privadas com ou sem fins lucrativos que prestam serviço de acolhimento terapêutico residencial permanente ou provisório para recuperação de pessoas que fazem uso problemático ou são dependentes de drogas psicoativas?

7. Entre os anos de 2017 e 2020, o poder judiciário determinou ao governo do \_\_\_\_\_ a contratação de alguma vaga em entidades privadas com ou sem fins lucrativos que prestam serviço de acolhimento terapêutico residencial permanente ou provisório para recuperação de pessoas que fazem uso problemático ou são dependentes de drogas psicoativas? Quanta(s) vaga(s) foi(ram) contratada(s) por ano e por qual valor a(s) vaga(s) foi(ram) contratada(s)?
8. Solicito a base de dados com registros dos pagamentos realizados entre 2017 e 2020 para entidades privadas com ou sem fins lucrativos que prestam serviço de acolhimento terapêutico residencial permanente ou provisório para recuperação de pessoas que fazem uso problemático ou são dependentes de drogas psicoativas, em formato legível por máquina (csv; xls; txt ou similares), contendo “nome do favorecido”, “CNPJ do favorecido” e valor pago em reais.





2021 - Conectas Direitos Humanos  
Caixa Postal 47 - São Paulo (SP), Brasil - CEP: 01032-970  
Tel: +55 (11) 3884-7440  
[contato@conectas.org](mailto:contato@conectas.org)  
[www.conectas.org](http://www.conectas.org)



[@conectas](https://www.instagram.com/conectas)



[/conectas](https://www.facebook.com/conectas)



[/conectas](https://www.twitter.com/conectas)