



ESCOLA DE
HUMANIDADES

CIVITAS

Revista de Ciências Sociais
Programa de Pós-graduação em Sociologia e Ciência Política

Civitas, Rev. Ciênc. Soc.26: 1-12, jan.- dez. 2026
e-ISSN: 1984-7289 | ISSN-L: 1519-6089

DOSSIÊ: SOCIOLOGIA DAS DROGAS NO BRASIL, URUGUAI E AMÉRICA LATINA: FRONTEIRAS, LEGISLAÇÕES E SOCIABILIDADES

Comunidades terapêuticas e representações do problema: uma análise pós-estrutural da política federal sobre drogas no Brasil (2011-2024)

Therapeutic communities and problem representations: a poststructural analysis of federal drug policy in Brazil (2011–2024)

Comunidades terapêuticas y representaciones del problema: un análisis postestructural de la política federal sobre drogas en Brasil (2011–2024)

Edson André Pereira

Hilário¹

orcid.org/0009-0009-1055-4721
eaphilario@gmail.com

Enviado em: 29 nov. 2025.

Aprovado em: 04 jun. 2026.

Publicado em: 14. ago. 2026.

Resumo: Este artigo analisa como a legislação federal brasileira produziu as comunidades terapêuticas como objeto governável entre 2011 e 2024. A partir da abordagem *What's the problem represented to be?* (WPR), examinam-se oito atos normativos para reconstruir que representação do uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas torna as comunidades terapêuticas (CTs) uma solução possível. Os resultados mostram que a legislação estabiliza uma forma específica de CT: residencial, voluntária, transitória, orientada à abstinência, privada, sem fins lucrativos, certificável e supervisionável. Essa produção ocorre por camadas: regulação sanitária da residência, formalização do acolhimento voluntário, separação entre tratamento, internação e acolhimento, centralidade da abstinência, certificação beneficente e não pertencimento ao Sistema Único de Assistência Social (Suas). Conclui-se que as CTs constituem uma institucionalidade residencial lateral: reconhecidas pelo estado, sem incorporação plena ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou ao Suas, e organizadoras de permanência residencial voluntária.

Palavras-chave: Comunidades terapêuticas. Clínicas de reabilitação. Política sobre drogas. Análise pós-estrutural.

Abstract: This article examines how Brazilian federal legislation produced therapeutic communities as a governable object between 2011 and 2024. Drawing on the *What's the problem represented to be?* (WPR) approach, it analyzes eight normative acts to reconstruct which representation of the use, abuse, or dependence on alcohol and other drugs makes therapeutic communities possible as a policy solution. The findings show that legislation stabilizes a specific form of therapeutic community: residential, voluntary, transitional, abstinence-oriented, private, non-profit, certifiable, and subject to supervision. This production unfolds through layers: sanitary regulation of residence, formalization of voluntary reception, separation between treatment, hospitalization, and reception, centrality of abstinence, charitable certification, and non-belonging to the Unified Social Assistance System (Suas). The article concludes that therapeutic communities constitute a lateral residential institutionalization: recognized by the state, without full incorporation into the Unified Health System (SUS) or Suas, and organizing voluntary residential permanence.

Keywords: Therapeutic communities. Rehabilitation clinics. Drug policy. Post-structural policy analysis.

Resumen: Este artículo analiza cómo la legislación federal brasileña produjo las comunidades terapéuticas como objeto gobernable entre 2011 y 2024. A partir del enfoque *What's the problem represented to be?* (WPR), se examinan ocho actos normativos para reconstruir qué representación del uso, abuso o dependencia



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença [CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite a cópia e redistribuição do material em qualquer formato e para qualquer finalidade, desde que a autoria original e os créditos de publicação sejam mantidos.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

de alcohol y otras drogas hace posible a las comunidades terapéuticas como solución normativa. Los resultados muestran que la legislación estabiliza una forma específica de comunidad terapéutica: residencial, voluntaria, transitoria, orientada a la abstinencia, privada, sin fines de lucro, certificable y supervisable. Esta producción ocurre por capas: regulación sanitaria de la residencia, formalización de la acogida voluntaria, separación entre tratamiento, internación y acogida, centralidad de la abstinencia, certificación benéfica y no pertenencia al Sistema Único de Asistencia Social (Suas). Se concluye que las comunidades terapéuticas constituyen una institucionalidad residencial lateral: reconocidas por el estado, sin incorporación plena al Sistema Único de Salud (SUS) o al Suas, y organizadoras de permanencia residencial voluntaria.

Palabras clave: Comunidades terapéuticas. Clínicas de rehabilitación. Política sobre drogas. Análisis postestructural.

Introdução

As políticas públicas não se limitam tão somente a responder a problemas sociais já existentes: elas também moldam a maneira como certos fenômenos se tornam inteligíveis como questões de governo. A abordagem de análise de políticas públicas *What's the problem represented to be?* (WPR), de Carol Bacchi (2009), parte desse olhar crítico. Ela desafia a suposição de que os governos simplesmente resolvem problemas externos às suas próprias práticas. Em vez disso, sugere que as políticas produzem "problemas" como categorias específicas. Nesse mesmo processo, geram sujeitos, objetos e lugares de intervenção (Bacchi e Goodwin 2016).

Esse quadro é particularmente significativo no campo das políticas de drogas. Nele, termos como "uso prejudicial", "dependência", "tratamento", "recuperação" e "reinserção" podem se inscrever em gramáticas concorrentes. A própria história do conceito de dependência química mostra a passagem de terminologias leigas e explicações morais para classificações médico-diagnósticas baseadas em critérios clínicos (Ribeiro e Laranjeira 2016). No caso das comunidades terapêuticas, essas gramáticas também se articulam a perspectivas criminal-morais, médico-sanitárias, psicossociais, religiosas e administrativo-assistenciais. Portanto, antes de investigar qual solução a política propõe, é essencial perguntar que problema ela torna compreensível.

No contexto brasileiro, a atuação do estado em relação aos usuários de álcool e outras drogas foi historicamente moldada em uma intersecção entre Justiça, segurança pública e saúde. Machado e Miranda (2007) mostram que as primeiras abordagens foram majoritariamente desenvolvidas nas áreas da Justiça e da segurança pública. A incorporação do tema à saúde pública ocorreu de maneira tardia. Somente no início dos anos 2000, consolidou-se um discurso público ligado à Reforma Psiquiátrica, à atenção integral, aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), à lógica territorial, à redução de danos e, posteriormente, à Rede de Atenção Psicossocial. Essa diretriz aparece na Lei n. 10.216 (Brasil 2001b), na Portaria n. 336 (Brasil 2002), na Portaria n. 2.197 (Brasil 2004) e na Portaria n. 3.088 (Brasil 2011b). No entanto, essa mudança não eliminou abordagens residenciais (com foco na abstinência), filantrópicas e religiosas no governo do uso de drogas (Bastos e Alberti 2021; Barretto et al. 2024).

Conceito historicamente instável, as comunidades terapêuticas (CTs) desempenham um papel central nessa discussão. Na experiência britânica do pós-guerra, a comunidade terapêutica, com Maxwell Jones, estava ligada à reforma dos hospitais psiquiátricos e à inclusão de pacientes na vida institucional. Nos Estados Unidos, especialmente a partir do modelo Synanon, foi reconfigurada como tratamento residencial voltado ao uso de drogas, fundamentado na convivência e confrontação entre pares, na disciplina e na vida comunitária (Boyling 2011; Janzen 2001; Damás 2013). No Brasil, tal abordagem foi reinterpretada em entidades privadas e filantrópicas, muitas vezes religiosas, com foco na abstinência e na reinserção. Também se observa a predominância de iniciativas pioneiras fundadas por religiosos vinculados ao campo evangélico (Bastos e Alberti 2021). Essa flexibilidade torna impraticável tratar a comunidade terapêutica como uma instituição de significado fixo. Por isso, torna-se necessário investigar como o arcabouço jurídico brasileiro estabiliza uma versão particular desse modelo.

A literatura brasileira já investigou diferentes dimensões das comunidades terapêuticas. Já

foram abordados seus antecedentes históricos e processos de expansão (Machado e Miranda 2007; Damás 2013), suas matrizes religiosas e filantrópicas (Bastos e Alberti 2021; Barretto et al. 2024), suas tensões com a Reforma Psiquiátrica e a atenção psicossocial (Bolonheis-Ramos e Boarini 2015; Barretto et al. 2024), seus vínculos com financiamento público e disputas institucionais (Costa 2020; Rui e Fiore 2021), suas controvérsias assistenciais (Barcelos et al. 2021; Barretto et al. 2024) e suas ambiguidades jurídicas (Resende 2021; Rui e Fiore 2021). Nesse último aspecto, Resende (2021) destaca fricções no contexto legal das CTs e sugere que as incertezas jurídicas podem contribuir para seu fortalecimento institucional. Rui e Fiore (2021) descrevem uma zona de indefinição na qual essas entidades transitam por diferentes marcos regulatórios. Nesse trânsito, podem figurar simultaneamente como estruturas de saúde, assistência social e Justiça/segurança.

Entretanto, ainda é necessário compreender de forma sistemática como a legislação federal produz a própria comunidade terapêutica como objeto governável. Nesse sentido, o presente artigo se orienta pela seguinte questão: De que maneira a legislação federal brasileira produziu normativamente as comunidades terapêuticas como resposta governável ao uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas? Para respondê-la, o artigo examina, como corpus principal, oito atos normativos federais editados entre 2011 e 2024, utilizando a abordagem WPR. O objetivo é examinar como tais normas produzem representações de problema, posições de sujeito, racionalidades de cuidado, fronteiras institucionais e tecnologias administrativas ligadas às CTs.

Metodologia

Este trabalho realiza uma análise documental qualitativa, guiada por uma perspectiva pós-estrutural. A estrutura analítica foi fundamentada na abordagem *What's the problem represented to be?* (WPR), desenvolvida por Carol Bacchi em 2009. A abordagem questiona a suposição de que as políticas públicas simplesmente reagem a problemas já existentes. Em vez disso, ela postula

que textos e práticas políticas geram representações específicas dos problemas que afirmam abordar (Bacchi 2009; Bacchi e Goodwin 2016). Assim, a pergunta metodológica principal não foi "quais problemas as comunidades terapêuticas resolvem?". A pergunta foi: Que problema precisa ser representado para que as comunidades terapêuticas sejam reconhecidas como uma solução normativa?

O conjunto principal da análise é formado por oito normas federais relacionadas às comunidades terapêuticas no Brasil. Todas foram publicadas entre 2011 e 2024. São elas: RDC Anvisa n. 29 (Brasil 2011a); Resolução Conad n. 1 (Brasil 2015); Lei n. 13.840 (Brasil 2019a); Decreto n. 9.761 (Brasil 2019b); Lei Complementar n. 187 (Brasil 2021); Decreto n. 11.791 (Brasil 2023); Portaria MDS n. 962 (Brasil 2024a); e Resolução CNAS/MDS n. 151 (Brasil 2024b). A seleção desses atos se deu porque eles estabelecem definições, classificações, requisitos operacionais, reconhecimento legal, certificação, cadastro, supervisão ou delimitação institucional. Esses elementos se aplicam diretamente às comunidades terapêuticas.

Foram excluídos do conjunto principal os atos de natureza estadual e municipal. Também foram excluídas decisões judiciais, editais de financiamento, notas técnicas, esclarecimentos e documentos administrativos. O critério de exclusão foi a ausência de impacto direto sobre a definição, regulação, certificação ou delimitação institucional das comunidades terapêuticas. A RDC Anvisa n. 101 (Brasil 2001a) foi utilizada apenas como referência histórica.

Assim, o marco inicial é a RDC Anvisa n. 29 (Brasil 2011a). Essa norma define os requisitos de segurança sanitária para as instituições residenciais voltadas a indivíduos com problemas relacionados ao uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. O marco final é o ano de 2024. Nesse ano, a Portaria MDS n. 962 (Brasil 2024a) e a Resolução CNAS/MDS n. 151 (Brasil 2024b) detalham, respectivamente, os processos de certificação e a não vinculação das comunidades terapêuticas ao Sistema Único de Assistência Social (Suas).

Além do conjunto principal, foram analisadas normas adicionais e comparativas. Elas serviram para contextualizar a gramática pública sobre saúde mental, atenção psicossocial, redução de danos e políticas de drogas. Esse conjunto incluiu a Lei n. 10.216 (Brasil 2001b), a Portaria n. 336 (Brasil 2002), a Portaria n. 2.197 (Brasil 2004), a Lei n. 11.343 (Brasil 2006), a Portaria GM/MS n. 1.190 (Brasil 2009), a Portaria n. 3.088 (Brasil 2011b) e a Portaria n. 148 (Brasil 2012). Essas normas não fazem parte da base principal dos resultados. Elas foram utilizadas para contrastar a normatização das comunidades terapêuticas com outras lógicas normativas disponíveis no campo brasileiro.

A análise utilizou seletivamente as questões da WPR, conforme sua relevância ao conjunto de documentos. A questão um, sobre a qual é o problema representado, direcionou a reconstrução da representação do problema subjacente às soluções normativas. A questão dois, sobre pressupostos e conceitos, auxiliou na identificação de pressupostos, categorias e binarismos. A questão três, sobre condições de possibilidade, foi aplicada para contextualizar as condições históricas e institucionais que possibilitam as problematizações. A questão quatro, sobre silêncios e formas alternativas de pensar o problema, guiou a identificação de silêncios e racionalidades deslocadas. A questão cinco, sobre efeitos produzidos pela representação do problema, orientou a análise dos efeitos discursivos, da subjetivação e da governabilidade. A questão seis, sobre a problematização da própria análise, foi utilizada de forma limitada. Ela apareceu apenas na reflexão crítica sobre os efeitos da construção analítica em si (Bacchi e Goodwin 2016).

A condução operacional da análise dos atos se deu por meio de quatro etapas. Inicialmente, foram reconhecidas as soluções normativas contidas nos documentos. Posteriormente, foi feita uma reconstrução da representação do problema que essas soluções pressupunham. A terceira etapa envolveu a avaliação das posições dos sujeitos, dos objetos institucionais e das fronteiras normativas que os atos estabeleciam. Por último, foram detectados os silêncios e os

efeitos normativos. Nessa etapa, a atenção recaiu sobre os impactos discursivos, os processos de subjetivação e a governabilidade administrativa e institucional.

A extração de documentos foi sistematizada em uma matriz analítica, que contemplou: ato normativo, dispositivo, trecho relevante, solução normativa, problema representado ou pressuposto, pressupostos, posições de sujeitos, objeto institucional gerado, fronteiras normativas, efeitos normativos e silêncios ou aspectos pouco problematizados. A matriz serviu como ferramenta para extração, comparação e controle das inferências. Ela não se configurou como a forma final de apresentação dos resultados.

As inferências foram controladas por meio do retorno aos dispositivos normativos. Também foram controladas pela comparação entre atos e pela diferenciação entre citação literal, paráfrase normativa e interpretação analítica. Sempre que a análise identificou uma representação de problema, um pressuposto ou um efeito normativo, essa inferência foi conectada aos dispositivos correspondentes. Em seguida, foi comparada com os outros atos do *corpus*. Esse processo buscou prevenir extrapolações não sustentadas pelos textos revisados.

A análise levou em conta as versões oficiais dos atos normativos acessíveis nas bases governamentais consultadas. Em situações em que ocorreram modificações posteriores, foram respeitadas as versões em vigor ou as consolidadas relevantes ao intervalo analisado. Quando o foco da análise recaiu sobre a introdução de uma categoria, dispositivo ou fronteira institucional, considerou-se a edição do ato como ponto de referência para a emergência normativa.

O foco da análise esteve voltado para os efeitos normativos contidos nos documentos. O objetivo não foi realizar uma avaliação empírica sobre o funcionamento cotidiano das comunidades terapêuticas. Também não foram avaliadas as experiências dos indivíduos acolhidos, os critérios específicos de encaminhamento, a aplicação local das normas, os fluxos de financiamento ou as coalizões políticas envolvidas. O propósito

foi investigar como os atos normativos possibilitam certas soluções, constroem posições de sujeito, definem objetos institucionais e distribuem competências, limites e mecanismos de governabilidade.

Resultados: a produção normativa das comunidades terapêuticas como objeto governável

A análise dos oito atos normativos (Quadro 1) indica que a legislação federal não apenas regu-

lamenta comunidades terapêuticas previamente existentes – ela produz, por camadas, uma forma específica de comunidade terapêutica como objeto governável. Essa produção combina reconhecimento administrativo e delimitação institucional. As CTs são tornadas certificáveis, cadastráveis, supervisionáveis, submetidas a controle documental e, quando recebem recursos públicos, à fiscalização. Tudo isto sem serem incorporadas como internação, estabelecimento de saúde ou entidade socioassistencial integrante do Suas.

Quadro 1 – Camadas normativas da produção das comunidades terapêuticas como objeto governável

Camada normativa	Atos centrais	Função no percurso	Problema representado/ pressuposto	Efeito normativo principal
Residência sanitariamente regulável	RDC Anvisa n. 29/2011	Regulação sanitária inaugural	A residência aparece como forma de atenção que precisa ser tornada segura, documentada e fiscalizável.	Produz a instituição residencial como espaço de vigilância sanitária e o residente como sujeito documentável.
Acolhimento voluntário no Sisnad	Resolução Conad n. 1/2015	Formalização do acolhimento	O acolhimento em CTs aparece como prática que precisa de garantias, limites, plano individualizado e articulação em rede.	Produz a CT como entidade de acolhimento voluntário e o acolhido como sujeito acompanhável por PAS.
Reclassificação da permanência residencial	Lei n. 13.840/2019	Separação entre tratamento, internação e acolhimento	A internação é representada como excepcional e médico-hospitalar, enquanto a permanência em CT é enquadrada como acolhimento.	Reconhece a CT como espaço de acolhimento residencial e veda sua conversão jurídica em internação.
Abstinência como horizonte normativo	Lei n. 13.840/2019; Decreto n. 9.761/2019	Estruturação da finalidade do acolhimento	O uso, abuso ou dependência é representado como enfrentável por abstinência, reinserção e apoio intersetorial.	Torna a abstinência eixo de inteligibilidade do acolhimento em CT e da política federal sobre drogas.
Certificação e governabilidade documental	LC n. 187/2021; Decreto n. 11.791/2023; Portaria MDS n. 962/2024	Operacionalização administrativa	A beneficência e a atuação das CTs aparecem como algo que deve ser demonstrado por documentos, cadastro, gratuidade e supervisão.	Produz a CT como entidade certificável, cadastrável, supervisionável e administrativamente verificável.
Reconhecimento sem pertencimento ao Suas	Resolução CNAS/MDS nº 151/2024	Delimitação institucional	A certificação beneficente é separada do reconhecimento como entidade socioassistencial.	Separa reconhecimento estatal, certificação beneficente e pertencimento à Rede Socioassistencial do Suas.

Fonte: Elaboração própria, com base nas normas analisadas.

Nota: CT = comunidade terapêutica; Anvisa = Agência Nacional de Vigilância Sanitária; RDC = Resolução da Diretoria Colegiada; Conad = Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas; Sisnad = Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas; PAS = Plano de Atendimento Singular; LC = Lei Complementar; MDS = Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; CNAS = Conselho Nacional de Assistência Social; Suas = Sistema Único de Assistência Social.

A primeira camada de regulação é apresentada na RDC Anvisa n. 29 (Brasil 2011a). Esta norma define requisitos de segurança sanitária para instituições que prestam serviços de atenção a indivíduos com transtornos relacionados ao uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas em regime de residência (Brasil 2011a, art. 1º). Neste texto, a categoria "comunidade terapêutica" ainda não está claramente estabelecida. O foco da regulamentação é a instituição residencial. A abordagem normativa assume que a residência já é uma modalidade de atenção, mas precisa ser tornada segura, documentada e sujeita à fiscalização. Assim, a permanência residencial é vista como alvo de vigilância sanitária. O "residente" é considerado uma figura documentável, vinculada a registros individuais, anotações periódicas, intercorrências clínicas, atividades diárias, período de permanência e ações para reinserção social (Brasil 2011a, art. 7º, § 1º).

A Resolução Conad nº. 1 (Brasil 2015) altera esta interpretação. A instituição não é mais apenas uma residência sob normas sanitárias. Ela passa a ser reconhecida como comunidade terapêutica, definida como entidade de acolhimento voluntário dentro do Sisnad (Brasil 2015, art. 1º). O problema inicial já não se restringe à falta de padrões sanitários mínimos. Ele envolve a necessidade de institucionalizar o acolhimento: formalização da adesão, permanência por vontade própria, ambiente de residência temporária, programa de acolhimento, Plano de Atendimento Singular e colaboração com redes públicas. O "residente" cede lugar ao "acolhido", um sujeito que participa voluntariamente, em situação de vulnerabilidade, de um programa residencial transitório e que pode ser acompanhado por um PAS (Brasil 2015, arts. 2º, 6º, 11 e 18). A resolução também estabelece um limite importante: as entidades de acolhimento não são consideradas estabelecimentos de saúde, embora sejam reconhecidas como relevantes para políticas públicas. Além disso, o acolhimento que promovem não é equiparado aos serviços ou aos programas do Suas (Brasil 2015, 5º considerando e art. 2º, § 2º).

A Lei n. 13.840 (Brasil 2019a) realiza uma rees-

truturação jurídica nas categorias de tratamento, internação e acolhimento. A abordagem para usuários ou dependentes de drogas é organizada dentro da rede de saúde, priorizando intervenções ambulatoriais. A internação é considerada apenas em situações excepcionais. Ela é recomendada quando os serviços fora do ambiente hospitalar não são suficientes, ocorrendo em hospitais gerais ou unidades de saúde e necessitando da autorização de um profissional médico (Brasil 2019a, art. 23-A, caput e §§ 2º e 6º). Já a comunidade terapêutica assume um papel distinto. A legislação proíbe qualquer tipo de internação nessas instituições acolhedoras (Brasil 2019a, art. 23-A, § 9º). Ao mesmo tempo, caracteriza o acolhimento nas CTs como uma modalidade residencial, voluntária e temporária. Esse acolhimento envolve convivência entre pares, avaliação médica prévia, Plano Individual de Atendimento na forma do art. 23-B, atividades educativas e projetos terapêuticos orientados para a abstinência (Brasil 2019a, art. 26-A). Dessa forma, o acolhimento em CT é interpretado legalmente como uma iniciativa voluntária, e não como uma internação.

A nova classificação provoca uma mudança nas posições dos indivíduos. O "usuário ou dependente" é visto como sujeito de tratamento no sistema de saúde, de internação excepcional ou de acolhimento residencial. Nas CTs, essa pessoa é retratada como alguém que opta por entrar voluntariamente, passa por uma avaliação médica, é integrada a um plano individual e recebe apoio para a abstinência e a reinserção social e econômica. A abstinência, que a Lei n. 13.840 (Brasil 2019a) identifica como finalidade dos projetos terapêuticos nas CTs, é ampliada pelo Decreto n. 9.761 (Brasil 2019b) na Política Nacional sobre Drogas. O decreto dispõe que várias ações, como cuidado, prevenção, tratamento, acolhimento e formação, devem focar na manutenção da abstinência em relação ao uso de drogas (Brasil 2019b, anexo, item 2.8). Assim, a CT passa a ser percebida como uma solução residencial voltada para abstinência e reinserção.

Com a promulgação da Lei Complementar n.

187/2021, a discussão avança para a certificação de entidades beneficentes. As comunidades terapêuticas são reconhecidas como entidades que atuam na redução da demanda de drogas. A legislação as define como um “modelo terapêutico de atenção” em ambiente residencial e transitório, baseado em adesão e permanência voluntárias. Seu objetivo é promover o desenvolvimento social e pessoal por meio da abstinência e reinserção social, além de melhorar a qualidade de vida como um todo (Brasil 2021, art. 32, §§ 1º e 2º). Nesse contexto, “modelo terapêutico” é uma expressão normativa que estabelece a CT dentro do marco legal; não é uma simples definição de sua eficácia.

A Lei Complementar n. 187/2021 estabelece a necessidade de cadastro atualizado, confirmação anual da prestação de serviços e inclusão de todos os acolhidos em sistema específico. Adicionalmente, exige que, no mínimo, 20% da capacidade seja registrada em atendimentos gratuitos (Brasil 2021, art. 33). O Decreto n. 11.791/2023 detalha as normas para essa regulamentação. Ele confere ao Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) a responsabilidade de conceder, renovar e monitorar a certificação das organizações voltadas à redução da demanda de drogas. Este decreto também estipula a supervisão das condições que justificaram a certificação. Além disso, permite a solicitação de documentos, auditorias, diligências e procedimentos administrativos de cancelamento em caso de suspeitas de não conformidade (Brasil 2023, arts. 16, 18 e 79). Por sua vez, a Portaria MDS n. 962/2024 estabelece o funcionamento do processo em meio eletrônico e sistema de gestão. Exige relatórios de atividades, comprovação de gratuidade e cadastro dos acolhidos no momento do ingresso, com nome, CPF e data de entrada (Brasil 2024a, arts. 8º, § 2º, 9º, V, 10, II e III, e Anexo III). O resultado é a transformação de informações sobre instituições, acolhidos, capacidade de atendimento, gratuidade, metodologias aplicadas, resultados alcançados e áreas de atuação em dados administrativos.

A Resolução CNAS/MDS n. 151/2024 estabe-

lece a fronteira final do percurso analisado. Este documento estabelece que comunidades terapêuticas e entidades afins não são reconhecidas como organizações de assistência social, além de não terem vinculação ao Suas (Brasil 2024b, ementa e art. 4º). A norma faz uma distinção clara entre a certificação beneficente e a inclusão socioassistencial. O fato de uma entidade receber a certificação beneficente não implica que ela seja reconhecida como parte da Rede Socioassistencial do Suas (Brasil 2024b, art. 2º, parágrafo único). A resolução também diferencia entre a organização e os serviços prestados. Se a entidade responsável oferecer serviços ou programas classificados como socioassistenciais, tais iniciativas poderão ser registradas ou mantidas. O que é negado é o reconhecimento da comunidade terapêutica, nessa condição, como uma forma de oferta socioassistencial. Essa distinção traz repercussões financeiras e institucionais. As comunidades terapêuticas não podem contar com financiamento dos fundos de assistência social. Também devem ter cancelados os registros como entidades de assistência social e CNEAS se estiverem inscritas dessa maneira (Brasil 2024b, art. 4º, parágrafo único, 7º, § 2º, e 8º).

Dessa forma, o percurso analisado resulta em uma forma normativa de reconhecimento sem pertencimento. A legislação estabelece as condições para que as comunidades terapêuticas sejam nomeadas, certificadas, cadastradas e supervisionadas, mas sem uma inserção total nos sistemas públicos universais. Durante esse processo, os indivíduos também são transformados. As categorias de residente, acolhido, usuário ou dependente e sujeito registrável se configuram a partir de normativas diferentes. A persistência nessa transição reflete a representação do uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas como uma questão que pode ser gerida por meio do acolhimento residencial voluntário, abstinência, reinserção social e gestão documental.

Discussão

A construção de uma solução normativa lateral

Na perspectiva WPR, a maneira como uma política se apresenta para ser implementada permite reconstruir o problema que procura abordar (Bacchi e Goodwin 2016). No material analisado, o uso prejudicial ou a dependência de álcool e outras drogas são representados como questões que podem ser tratadas por meio de acolhimento residencial voluntário, abstinência, reinserção social e registros administrativos. Tal visão faz da comunidade terapêutica uma resposta normativa compreensível.

A solução se materializou em um contexto que, ao longo da história, foi moldado por questões de Justiça, segurança pública, saúde, ações filantrópicas e questões religiosas. Machado e Miranda (2007) destacam que as primeiras iniciativas estatais sobre álcool e drogas foram, em grande parte, direcionadas aos setores da Justiça e da segurança pública. A inclusão do tema na saúde pública ocorreu bem mais tarde. Eles também apontam que as comunidades terapêuticas de natureza filantrópica e religiosa cresceram em contexto de fragilidade das respostas públicas. Essas circunstâncias ajudam a explicar por que a legislação mais recente não precisou criar as CTs desde o princípio. Ela regulou administrativamente uma resposta residencial que já existia nos âmbitos social, religioso e filantrópico.

Esse desenvolvimento deve ser considerado no contexto da instabilidade histórica da categoria "comunidade terapêutica". O termo não se refere a um único modelo. A literatura trata de experiências variadas ligadas às comunidades terapêuticas democráticas britânicas, aos modelos residenciais dos Estados Unidos voltados para dependência química, bem como às iniciativas no Brasil, que são frequentemente privadas, filantrópicas e religiosas (Janzen 2001; Boyling 2011; Damás 2013; Bastos e Alberti 2021). A legislação federal não estabiliza essa diversidade. Em vez disso, ela define uma versão normativa específica, que é residencial, voluntária, transitória, focada na abstinência e sujeita a certificação, cadastro

e supervisão.

Desse modo, a ambiguidade institucional das CTs não é resolvida pela normatização. Resende (2021) observa que essas instituições não possuem um regime jurídico próprio que seja plenamente estável. Rui e Fiore (2021) exploram seu trânsito entre marcos regulatórios relacionados à saúde, assistência social e Justiça/segurança. A presente pesquisa acrescenta que essa ambiguidade não é apenas uma lacuna. Ela é, em parte, organizada pela própria legislação, a qual reconhece e regulamenta as CTs sem integrá-las integralmente ao SUS ou ao Suas. O conceito de institucionalidade residencial lateral designa essa relação.

Abstinência e deslocamento da gramática psicossocial-territorial

A abstinência é o elemento central que proporciona coerência à versão normativa de CT apresentada pelo material. Na Lei n. 13.840 (Brasil 2019a, art. 26-A), o acolhimento em uma comunidade terapêutica é atrelado a projetos terapêuticos que visam à abstinência. O Decreto n. 9.761 (Brasil 2019b, anexo, item 2.8) expande essa diretriz na Política Nacional sobre Drogas. A LC n. 187 (Brasil 2021, art. 32, § 2º) e o Decreto n. 11.791 (Brasil 2023, art. 80, § 1º) reforçam a conexão entre acolhimento residencial, abstinência e reinserção social.

A análise não se propõe a afirmar que a abstinência e a redução de danos sejam abordagens incompatíveis em todos os contextos de cuidado. O que se observa é que, no material analisado, a abstinência deixa de ser vista apenas como uma intervenção possível. Agora, passa a ser o eixo central da compreensão normativa das comunidades terapêuticas como uma solução desejável. Alves (2009) caracteriza a exigência de abstinência prévia como uma lógica de alta exigência, que pode atuar como barreira de acesso ao cuidado. Em contraste, a redução de danos se apresenta como uma proposta de baixa exigência, pois não condiciona o atendimento à cessação do consumo. Rosa (2014) acrescenta que, no Brasil, a redução de danos propôs um

novo olhar sobre indivíduos que fazem uso de substâncias psicoativas, antes estigmatizados como criminosos ou doentes, passando a reconhecê-los como sujeitos de direito. Ao mesmo tempo, o autor também interpreta essas políticas como tecnologias de poder que operam por discursos da saúde e da segurança pública. Costa (2020) enriquece essa discussão ao assinalar que a visão da droga como intrinsecamente nociva tende a favorecer a abstinência como um objetivo a ser atingido.

A diferença em relação à gramática do SUS e da Raps torna evidente a mudança que ocorre nesse contexto. A Lei n. 10.216 (Brasil 2001b) enfatiza o tratamento em serviços de saúde mental comunitários, nesse caso a internação fica reservada apenas para situações em que os recursos fora do hospital não sejam adequados. Já a Portaria n. 336 (Brasil 2002) reconhece os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) como serviços que prestam assistência diária, seguindo uma lógica territorial. A Portaria n. 3.088 (Brasil 2011b) estabelece a Raps com diretrizes que incluem a base territorial e comunitária, a participação de usuários e familiares, bem como a autonomia, cidadania e estratégias focadas na redução de danos. Por sua vez, a Portaria GM/MS n. 1.190 (Brasil 2009) posiciona a redução de danos como um princípio ético fundamental para os serviços do SUS relacionados ao uso de álcool e outras drogas. A Portaria n. 148 (Brasil 2012) organiza o Serviço Hospitalar de Referência com a perspectiva de internações breves.

Tais diretrizes indicam que redução de danos, território, autonomia, continuidade do cuidado e internação em caráter excepcional são contemplados nas normas brasileiras. No entanto, essas diretrizes não fundamentam a produção normativa das comunidades terapêuticas. Dentro das regras principais do conjunto analisado, a lógica que prevalece é outra: acolhimento residencial voluntário, convivência entre pares, abstinência, reinserção social e verificabilidade administrativa.

Essa diferença é fundamental para entender a tensão entre as comunidades terapêuticas e o modelo de atenção psicossocial. Barretto et

al. (2024) ressaltam características comuns do perfil assistencial das comunidades terapêuticas, como a predominância do ambiente institucional, o relativo isolamento, a regulação diária e a abordagem moral de questões psicossociais. Resende (2021) identifica incompatibilidades entre comunidades terapêuticas e o modelo psicossocial. Bolonheis-Ramos e Boarini (2015) alertam que a disponibilização de vagas em comunidades terapêuticas pode contribuir para a formação de uma rede paralela, em vez de fortalecer a atenção psicossocial. Tais análises não substituem a avaliação normativa proposta aqui. Elas oferecem uma interpretação para o que foi observado: a legislação federal estabiliza uma solução residencial-abstinente que se posiciona lateralmente em relação à abordagem psicossocial e territorial.

Sujeitos governáveis e verificabilidade administrativa

A criação normativa das comunidades terapêuticas também é responsável pela produção de sujeitos. Sob uma perspectiva pós-estrutural, termos como "residente", "acolhido", "usuário" ou "dependente" não são meras definições neutras. Essas categorias classificam indivíduos, definem posições e tornam determinadas trajetórias administrativamente reconhecíveis (Bacchi e Goodwin 2016).

No material analisado, a pessoa atendida é inicialmente identificada como residente de uma instituição sujeita a regulamentação sanitária. Posteriormente, passa a ser vista como acolhido em um programa residencial de forma voluntária. Em outra circunstância, aparece como usuário ou dependente orientado à abstinência e à reinserção. Dentro do sistema de certificação, essa pessoa se transforma em sujeito registrável em sistemas administrativos. Essa trajetória move o indivíduo de uma condição sanitária inicial para uma posição que envolve adesão, monitoramento, reorientação de comportamentos e documentação.

A categoria "acolhido" é fundamental, pois distingue a permanência em comunidades te-

rapêuticas da internação e a relaciona à escolha voluntária. Ao mesmo tempo, conecta o sujeito a planos individualizados, convivência residencial, orientação à abstinência e reinserção social. Pesquisas de Barretto et al. (2024) e Barcelos et al. (2021) fornecem perspectivas que ajudam a entender como experiências institucionais estão ligadas à modificação de hábitos, práticas e comportamentos. Tais referências aqui não são tratadas como evidência empírica do *corpus* normativo, e, sim, funcionam como suporte interpretativo para o entendimento da expectativa de reorientação subjetiva que está implícita na classificação “acolhido”.

A forma de subjetivação é inseparável das tecnologias administrativas. Documentação individual, Plano de Atendimento Singular, Plano Individual de Atendimento, cadastros de entidades, cadastros de acolhidos, sistemas de gestão, comprovação de gratuidade, relatórios, certificações e fiscalizações criam um cenário de visibilidade, verificabilidade e elegibilidade pública. As comunidades terapêuticas se tornam governáveis, pois podem ser documentadas, certificadas, avaliadas, supervisionadas e eventualmente sancionadas. Já o acolhido se torna administrativamente visível, pois pode ser reconhecido formalmente como voluntário, individualizado, contabilizado e vinculado a um processo normativo de abstinência e reinserção.

O aspecto mais relevante não é a incorporação total das comunidades terapêuticas ao serviço público direto. É sua inclusão em circuitos administrativos próprios. A divisão entre saúde, assistência social, política sobre drogas e certificação não inviabiliza a administração das comunidades terapêuticas, do contrário, faz parte de sua forma específica de governabilidade.

Silêncios normativos e responsabilidade pública

A abordagem WPR sugere questionar não apenas qual problema é representado pela política, mas, também, identificar o que essa representação deixa pouco problematizado e quais outras maneiras de entender o problema

são colocadas em segundo plano (Bacchi 2012; Bacchi e Goodwin 2016). No material analisado, a legislação apresenta as comunidades terapêuticas como uma solução administrável para problemas decorrentes do uso prejudicial, abuso ou dependência de álcool e outras drogas. No entanto, não problematiza como ponto central a capacidade do estado em proporcionar cuidado intensivo, contínuo, territorial e que não necessariamente prevê a abstinência dentro da rede pública.

O silêncio presente não indica uma completa ausência do SUS, da Raps ou do Suas. Essas redes funcionam como meios de referências, articulações e encaminhamentos, além de delinear um espaço institucional. O que ocorre é que elas não se posicionam como o centro da solução normativa criada para as comunidades terapêuticas. A Resolução Conad n. 1 (Brasil 2015) faz uma distinção clara entre as entidades de acolhimento e os estabelecimentos de saúde; ainda assim, as relaciona a políticas de cuidado, assistência, tratamento, proteção, promoção e reinserção. Por sua vez, a Lei n. 13.840 (Brasil 2019a) proíbe internações em CTs, permitindo, porém, um acolhimento residencial voluntário voltado para a abstinência. Em consonância, a Resolução CNAS/MDS n. 151 (Brasil 2024b) retira o reconhecimento das CTs como entidades de assistência social e de sua vinculação ao Suas e também exclui o financiamento por meio de fundos de assistência social. Essa realidade não traduz uma ausência do estado, mas uma presença estatal delimitada, que certifica, cadastra, supervisiona e separa. Rios et al. (2024) mostram que as movimentações recentes da política sobre drogas, em 2023 e no primeiro semestre de 2024, combinaram sinais de reorientação institucional com a permanência de tensões conservadoras em torno das comunidades terapêuticas, da redução de danos e da reforma psiquiátrica.

A estratégia de fronteira traz à tona a questão da reforma psiquiátrica. A legislação em análise não autoriza internações em comunidades terapêuticas. Desse modo, não restabelece formalmente a internação psiquiátrica nesses locais.

Contudo, embora a internação se torne uma exceção restrita ao âmbito médico-hospitalar, as CTs se consolidam como alternativa residencial voluntária para situações de uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas. A permanência institucional não é eliminada; ela é reformulada. Em vez de se manifestar como internação, assume a forma de acolhimento residencial, focado na abstinência e regulado por certificação, cadastro e supervisão.

Tal dinâmica é relevante ao considerar o histórico abordado por Machado e Miranda (2007). Se a política pública de saúde chegou de maneira tardia ao campo do álcool e outras drogas, e se as CTs cresceram em um ambiente de fragilidade das respostas públicas, a legislação subsequente poderia ter apontado, como problemática central, a carência de cuidado público com presença territorial e continuidade. O material estudado, no entanto, opta por outro direcionamento, ao regular, certificar e tornar gerenciável uma resposta residencial privada que já existia.

Dessa forma, certas vozes tornam-se menos visíveis na construção normativa das CTs: indivíduos que não buscam a abstinência, usuários que demandam cuidado territorial contínuo, profissionais e serviços da Raps, movimentos antimanicomiais e coletivos que defendem abordagens de redução de danos. A participação das famílias aparece de maneira mais ambígua. A literatura reconhece sua importância na expansão histórica das CTs, e as normas mencionam ações de apoio familiar. Mas o material analisado não coloca a família como agente ativo na busca por alternativas ao acolhimento residencial. Esses indivíduos e suas perspectivas não se tornam invisíveis na totalidade da política de drogas, mas também não fundamentam a solução normativa identificada.

A discussão acerca das comunidades terapêuticas vai além das dicotomias entre o setor público e privado, fé e ciência, ou tratamento e vigilância. A legislação em questão oferece uma resposta particular ao uso prejudicial, ao abuso ou à dependência de álcool e outras drogas. Ela propõe acolhimento residencial voluntário, com foco na

abstinência, na reinserção social, sendo regulado por certificação, cadastro e supervisão. O conceito de institucionalidade residencial lateral refere-se a essa abordagem: um reconhecimento por parte do estado que não implica incorporação plena aos sistemas públicos universais. As comunidades terapêuticas não internam em sentido jurídico, mas promovem uma permanência residencial voluntária e sujeita à verificação administrativa. A ambivalência aqui não é um resíduo da política, mas, sim, uma de suas maneiras de se estruturar.

Conclusão

Este estudo analisou a regulamentação das comunidades terapêuticas como objeto governável dentro da legislação federal brasileira. Utilizando a abordagem WPR, a intenção foi reexaminar não apenas o que as normas dizem a respeito dessas comunidades – também se buscou compreender como a questão do uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas é representada, fazendo dessa instituição uma resposta normativa possível. O núcleo central do argumento é que a legislação vai além de simplesmente reconhecer as comunidades terapêuticas existentes, pois consolida uma versão distinta de CT: residencial, voluntária, temporária, focada na abstinência e passível de certificação administrativa.

A contribuição principal deste artigo reside na noção de institucionalidade residencial lateral. Tal conceito descreve a situação gerada pela legislação: uma forma de permanência residencial, que prioriza a abstinência e a reinserção, reconhecida e sujeita à supervisão administrativa do estado. Ao mesmo tempo, essa forma não se integra totalmente aos sistemas públicos universais. Esse estado pode ainda ser interpretado como um reconhecimento que não implica pertencimento. As CTs podem ser certificadas, cadastradas e fiscalizadas, mas permanecem em circuitos regulatórios próprios.

Tal conclusão é significativa no contexto da Reforma Psiquiátrica e do cuidado psicossocial. A normatização das CTs não se trata apenas de uma continuidade da internação psiquiátrica, nem da sua superação. É uma reestruturação

normativa. Em um ambiente caracterizado pela excepcionalização da internação e pela ênfase na atenção territorial, comunitária e psicossocial, a legislação federal estabelece uma forma lateral de permanência institucional. As CTs não configuram internação em termos legais, mas organizam uma permanência residencial voluntária. Essa permanência se orienta pela abstinência e é sujeita a verificação administrativa.

O estudo também destaca as limitações da análise normativa realizada. Ao transformar a CT em uma solução governável, a legislação acaba relegando a segundo plano outras maneiras de abordar o problema, tais como cuidado territorial contínuo, redução de danos, autonomia, atenção psicossocial em rede e fortalecimento da oferta pública não necessariamente orientada à abstinência e à internação excepcional em serviços de saúde, quando necessária. Esses princípios ainda estão presentes no contexto brasileiro, mas não são os que estruturam a regulamentação das comunidades terapêuticas.

A investigação concentrou-se nos efeitos normativos dos documentos. Não foram avaliados o funcionamento cotidiano das CTs, as vivências dos acolhidos, os critérios específicos de encaminhamento, a implementação local das normas, os fluxos de financiamento ou as coalizões políticas envolvidas. Estudos futuros poderiam investigar como essa institucionalidade residencial lateral se conecta a coalizões políticas, interesses organizacionais, fluxos de financiamento, modalidades de fiscalização e trajetórias reais de entrada, permanência e saída das comunidades terapêuticas.

Dessa forma, a ambivalência normativa das CTs não deve ser considerada como um resíduo ou falha da política. Ela faz parte da maneira pela qual a legislação estrutura seu governo: reconhecendo, certificando e supervisionando uma resposta residencial orientada à abstinência, sem convertê-la em internação, estabelecimento de saúde ou oferta socioassistencial.

Referências

Alves, Vânia Sampaio. 2009. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública* 25 (11): 2309-2319. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>.

Bacchi, Carol. 2009. *Analysing policy: what's the problem represented to be?* Pearson Education.

Bacchi, Carol. 2012. Why study problematizations? Making politics visible. *Open Journal of Political Science* 2 (1): 1-8. <https://doi.org/10.4236/ojps.2012.21001>.

Bacchi, Carol, e Susan Goodwin. 2016. *Poststructural policy analysis: a guide to practice*. Palgrave Macmillan.

Barcelos, Klindia Ramos, Kallen Dettmann Wandekoken, Maristela Dalbello-Araujo, e Bruna Ceruti Quintanilha. 2021. A normatização de condutas realizadas pelas comunidades terapêuticas. *Saúde em Debate* 45 (128): 130-140. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112810>.

Barretto, Leandro Dominguez, Emerson Elias Merhy, Helvo Slomp Junior, Kathleen Tereza da Cruz, e Mara Lisiane Moraes dos Santos. 2024. Comunidades terapêuticas no Brasil: uma revisão de escopo entre 2001 e 2021. *Revista de Psicologia Política* 24: e24000. <https://doi.org/10.5935/2175-1390.v24e24000>.

Bastos, Adriana Dias de Assumpção, e Sonia Alberti. 2021. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva* 26 (1): 285-295. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.25732018>.

Bolonheis-Ramos, Renata Cristina Marques, e Maria Lucia Boarini. 2015. Comunidades terapêuticas: 'novas' perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 22 (4): 1231-1248. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000400005>.

Boyling, Elaine. 2011. Being able to learn: researching the history of a therapeutic community. *Social History of Medicine* 24 (1): 151-158. <https://doi.org/10.1093/shm/hkq096>.

Brasil. 2001b. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. <https://tinyurl.com/5cv93ruc>.

Brasil. 2006. *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006*. <https://tinyurl.com/36rf5htt>.

Brasil. 2019a. *Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019*. Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas. Presidência da República. Acesso em 11 de outubro de 2025. <https://tinyurl.com/2mgvppmz>.

Brasil. 2019b. *Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019*. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Presidência da República. Acesso em 11 de outubro de 2025. <https://tinyurl.com/4fy7n6at>.

Brasil. 2021. *Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021*. <https://tinyurl.com/5xck3zfd>.

Brasil. 2023. *Decreto nº 11.791, de 21 de novembro de 2023*. <https://tinyurl.com/nhf5dw55>.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2001a. *Resolução RDC nº 101, de 30 de maio de 2001*. <https://tinyurl.com/477rzzu2>.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2011a. *Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011*. <https://tinyurl.com/3nw84zn8>.

Brasil. Ministério da Saúde. 2002. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. <https://tinyurl.com/2a799tzp>.

Brasil. Ministério da Saúde. 2004. *Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004*. <https://tinyurl.com/bdcuccf6>.

Brasil. Ministério da Saúde. 2009. *Portaria GM/MS nº 1.190, de 4 de junho de 2009*. <https://tinyurl.com/2kg92r-sfe>.

Brasil. Ministério da Saúde. 2011b. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. <https://tinyurl.com/2zkjtaki>.

Brasil. Ministério da Saúde. 2012. *Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012*. <https://tinyurl.com/484utstx>.

Brasil. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. 2015. *Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015*. <https://tinyurl.com/2s3vx7dn>.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. 2024a. *Portaria MDS nº 962, de 21 de fevereiro de 2024*. <https://tinyurl.com/35enf7c2>.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. 2024b. *Resolução CNAS/MDS nº 151, de 23 de abril de 2024*. <https://tinyurl.com/3f7xc36p>.

Costa, Pedro Henrique Antunes da. 2020. Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização. *Revista Serviço Social em Debate* 3 (2): 22-39. <https://tinyurl.com/2ss4x7wr>.

Damás, Fernando Balvedi. 2013. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina* 6 (1): 50-65. <https://tinyurl.com/3ckdtpu>.

Janzen, Rod. 2001. *The rise and fall of synanon: a California utopia*. Johns Hopkins University Press.

Machado, Ana Regina, e Paulo Sérgio Carneiro Miranda. 2007. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 14 (3): 801-821. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>.

Resende, Noelle Coelho. 2021. Marco normativo das comunidades terapêuticas no Brasil: disputas de sentido e nós jurídicos. In *Working paper series: comunidades terapêuticas no Brasil*, editado por Taniele Rui e Mauricio Fiore. Social Science Research Council.

Ribeiro, Marcelo de Araújo, e Ronaldo Laranjeira. 2016. *Evolução do conceito de dependência: atualizada, com comentários sobre o DSM-5*. Universidade Federal de São Paulo. <https://tinyurl.com/38jsvzbb>.

Rios, Andréa Cabral, Maria Eduarda Monteiro Maciel, Juliana Perucchi, e Marcelo Dalla Vecchia. 2024. Análise da Política sobre Drogas no Brasil nos anos de 2024: mudança ou manutenção? *Psicologia e Saber Social* 13: 45-81. <https://tinyurl.com/mr3es92r>.

Rosa, Pablo Ornelas. 2014. Drogas e liberdades: ponderações sobre a redução de danos e suas governamentalidades. *Revista Inter-Legere* 15: 39-60. <https://tinyurl.com/2y468369>.

Rui, Taniele, e Mauricio Fiore, eds. 2021. *Working paper series: comunidades terapêuticas no Brasil*. Social Science Research Council.

Edson André Pereira Hilário

Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Psiquiátrica e Psiquiatria Hospitalares do Instituto Raul Soares da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, ambas instituições em Belo Horizonte, MG, Brasil.

Endereço para correspondência

Av. do Contorno, 3017
Santa Efigênia, 30.110-017
Belo Horizonte, MG, Brasil

Disponibilidade de dados

Não se aplica.

Conflito de interesse

Nada a declarar.

Como citar este artigo

Hilário, Edson André P. 2026. Comunidades terapêuticas e representações de problema: uma análise pós-estrutural da política federal sobre drogas no Brasil (2011-2024). *Civitas: Revista de Ciências Sociais* 25(1): eID 49195. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2025.149195>.

Os textos deste artigo foram revisados pela Texto Certo Assessoria Linguística e submetidos para validação dos autores antes da publicação.