

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE DIREITO, TURISMO E MUSEOLOGIA
DEPARTAMENTO DE DIREITO

FERNANDA GOMES MEDEIROS

**CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS E COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS - CTs: Uma Análise de Garantidores dos Direitos Humanos em
Razão da Saúde Mental**

Ouro Preto

2026

Fernanda Gomes Medeiros

**CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS E COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS - CTs: Uma Análise de Garantidores dos Direitos Humanos em
Razão da Saúde Mental**

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Direito.

Orientadora: Prof^a Dra. Iara Antunes de Souza
Coorientador: Prof. Esp. Luiz Henrique Manoel da Costa

Ouro Preto

2026



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE DIREITO, TURISMO E MUSEOLOGIA
DEPARTAMENTO DE DIREITO



FOLHA DE APROVAÇÃO

Fernanda Gomes Medeiros

Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e Comunidades Terapêuticas - CTs: Uma análise de garantidores dos Direitos Humanos em razão da saúde mental

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Direito

Aprovada em 04 de março de 2026

Membros da banca

Profa. Dra. Iara Antunes de Souza - Orientadora - Universidade Federal de Ouro Preto
Prof. Luiz Henrique Manoel da Costa - Coorientador - Universidade Federal de Ouro Preto
Profa. Dra. Natália de Souza Lisbôa - Universidade Federal de Ouro Preto
Profa. Msc. Luiza Pinheiro Chagas Leite Souza - Universidade Federal de Ouro Preto

Profa. Dra. Iara Antunes de Souza, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 18/05/2026



Documento assinado eletronicamente por **Iara Antunes de Souza, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 18/05/2026, às 19:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1109360** e o código CRC **90FD1243**.

Referência: Caso responda este documento, indicar expressamente o Processo nº 23109.005833/2026-00

SEI nº 1109360

R. Diogo de Vasconcelos, 122, - Bairro Pilar Ouro Preto/MG, CEP 35402-163
Telefone: (31)3559-1545 - www.ufop.br

*“Deus não escolhe os capacitados, mas capacita os escolhidos.
Para mais, Ele costuma me mimar”.*

RESUMO

O presente trabalho analisa comparativamente a atuação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Comunidades Terapêuticas (CTs) na garantia dos direitos humanos vinculados à saúde mental. Partindo do pressuposto de que os CAPS promovem, de maneira mais adequada, a dignidade e os direitos fundamentais das pessoas com sofrimento mental, o estudo utiliza pesquisa qualitativa de caráter bibliográfico e documental. O trabalho discute conceitos de direitos humanos e saúde mental abordando a história da assistência psiquiátrica no Brasil (Manicômios, Reforma Psiquiátrica e Contrarreforma Psiquiátrica). Analisa a atuação dos CAPS, vinculados ao SUS, e das CTs, geralmente instituições privadas e financiadas pelo Estado, evidenciando que enquanto os CAPS priorizam o cuidado em liberdade e a personalização do tratamento, as CTs frequentemente reproduzem práticas coercitivas e violadoras da dignidade humana. As conclusões confirmam que, embora normativamente ambos sejam serviços complementares, os CAPS garantem de forma mais adequada os direitos humanos na saúde mental, enquanto as CTs apresentam recorrentes violações. O estudo contribui para a reflexão sobre a dignidade da pessoa com sofrimento mental e seu cuidado, reforça a importância do Ministério Público na fiscalização dessas instituições e sugere estudos empíricos futuros para aprofundar a compreensão da realidade vivida pelos usuários desses serviços.

Palavras-chave: CAPS; comunidades terapêuticas; direitos humanos; saúde mental; reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

This study comparatively analyzes the performance of Psychosocial Care Centers (CAPS) and Therapeutic Communities (TCs) in guaranteeing human rights related to mental health. Based on the premise that CAPS promote the dignity and fundamental rights of people with mental suffering more effectively, the study uses qualitative research of a bibliographic and documentary nature. The work discusses concepts of human rights and mental health, addressing the history of psychiatric care in Brazil (asylums, psychiatric reform, and psychiatric counter-reform). It analyzes the performance of CAPS, linked to the SUS (Brazilian Unified Health System), and TCs, generally private and state-funded, showing that while CAPS prioritize care in freedom and personalized treatment, TCs frequently reproduce coercive practices that violate human dignity. The conclusions confirm that, although both are normatively complementary services, CAPS guarantee human rights in mental health more adequately, while TCs present recurrent violations. This study contributes to reflection on the dignity of people with mental health issues and their care, reinforces the importance of the Public Prosecutor's Office in overseeing these institutions, and suggests future empirical studies to deepen the understanding of the reality experienced by users of these services.

Keywords: CAPS (Psychosocial Care Centers); therapeutic communities; human rights; mental health; psychiatric reform.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CDPD	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CTs	Comunidades Terapêuticas
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
PTS	Projeto Terapêutico Singular
MP	Ministério Público
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSP	Sistema Único de Segurança Pública

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 DOS DIREITOS ATINENTES À SAÚDE MENTAL.....	9
2.1 Direitos Humanos, Direitos Fundamentais e Dignidade da Pessoa Humana.....	10
2.2 Saúde Mental.....	13
2.3 Da Proteção à Saúde Mental.....	14
2.3.1 Os Manicômios.....	14
2.3.2 A Reforma Psiquiátrica.....	17
2.3.3 A Contrarreforma Psiquiátrica.....	18
3 OS CAPS QUANTO GARANTIDORES DOS DIREITOS HUMANOS.....	20
3.1 O Que são os CAPS?.....	20
3.2 Quantidade de CAPS no Brasil.....	21
3.3 Financiamento dos CAPS no Brasil.....	22
3.4 Qual a forma de cuidado da saúde mental adotada pelos CAPS?.....	23
4 AS CTs QUANTO GARANTIDORAS DOS DIREITOS HUMANOS.....	28
4.1 O que são as CTs?.....	28
4.2 Quantidade de CTs no Brasil.....	29
4.3 Financiamento das CTs no Brasil.....	29
4.4 Qual a forma de cuidado da saúde mental adotada pelas CTs?.....	31
5 O MINISTÉRIO PÚBLICO E A DISSOLUÇÃO DE ENTIDADES IRREGULARES EM SAÚDE MENTAL.....	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

A saúde humana não apenas engloba o funcionamento adequado dos sistemas biológicos, mas também fatores externos aos físicos. Desse modo, a saúde humana também está intrinsecamente ligada à saúde mental. Segundo o professor de Psiquiatria Clínica da Universidade Columbia, Michael First (2024): “Os distúrbios mentais (psiquiátricos ou psicológicos) incluem as alterações de pensamento, emoções e/ou comportamento”.

Nesse sentido, insta frisar que o tema tem ganhado espaço entre os objetos de pesquisa na contemporaneidade, uma vez que as doenças mentais estão nitidamente presentes na sociedade. Assim, Christopher J. L. Murray e Alan D. Lopez (2002, *apud* Serafim; Rocca; Assed, 2020, p. 2) afirmam que “os transtornos mentais representam uma das principais causas de deficiência no mundo”. Portanto, os tratamentos das doenças mentais são essenciais e devem ocorrer respeitando a dignidade da pessoa humana, garantindo, assim, aos seus portadores os direitos humanos.

Desta forma, o presente estudo abordou uma análise de como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) promovem, por meio de sua atuação, a garantia dos direitos humanos vinculados à saúde mental de seus usuários. A análise foi baseada em dados e informações a seu respeito, comparando-os com a promoção das garantias dos direitos humanos vinculados à saúde mental dos usuários das Comunidades Terapêuticas (CTs), conforme uma análise de dados e informações em relação às CTs.

Com isso, buscou-se responder à seguinte pergunta: dentre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Comunidades Terapêuticas (CTs), qual garante, de forma mais adequada, os direitos humanos em razão da saúde mental? Partindo do pressuposto de que os CAPS são os que garantem de forma adequada os direitos humanos em razão de sua saúde mental. Isso porque, para o Grupo Psicologia e Ladinidades e para o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura – MNPCT (2025), as CTs “são instituições cujos princípios, modelo e dinâmica estão em desacordo com os princípios fundamentais da profissão de assistente social”.

Por conseguinte, adotou-se como marco teórico o entendimento de Pedro Delgado (2015, p. 14) o qual defende o cuidado em saúde mental como prática personalizada, em contraste com modelos clínicos padronizados. De modo, que a ausência de protocolos não deve fragilizar a rede de saúde por desídia nas práticas técnicas a serem aplicadas.

Como metodologia, utilizou-se a pesquisa qualitativa, em razão da natureza dos dados analisados, como ideias, opiniões e documentos. Quanto à finalidade, adotou-se a pesquisa básica, buscando comparar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Comunidades Terapêuticas (CTs) e reunir conhecimento sobre o tema.

No que se refere aos objetivos mais gerais, realizou-se uma pesquisa explicativa, com o propósito de identificar qual dessas instituições garante de forma mais adequada os direitos humanos em saúde mental, bem como os fatores que contribuem para essa garantia ou violação. Como procedimento, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental, utilizando dados já existentes para analisar o cenário atual da saúde mental no Brasil e as percepções sobre o tema em questão.

Posto isso, de modo geral, objetivou-se comparar os CAPS e as CTs, para identificar qual dentre eles é o que garante de forma adequada os direitos humanos em razão da saúde mental. Além disso, de forma específica objetivou-se analisar os direitos humanos; compreender a saúde mental; examinar a relação dos direitos humanos com a saúde mental; analisar os CAPS; analisar as CTs; e concluir qual dentre os CAPS e as CTs é o que garante de forma adequada os direitos humanos em razão de sua saúde mental.

O primeiro capítulo abordou concepções de direitos humanos, analisando as diversas correntes que explicam a natureza e os aspectos fundamentais desses direitos. Além disso, também foi abordada a dignidade da pessoa humana, que no contexto da saúde mental é um importante pilar para se verificar a atuação dos CAPS e das CTs. Ademais, foi abordada a proteção da saúde mental em três diferentes contextos: dos Manicômios, da Reforma Psiquiátrica e da Contrarreforma Psiquiátrica.

No segundo capítulo foi analisado como os CAPS estão atuando no atendimento às pessoas com sofrimento mental enquanto garantidores dos direitos humanos. Da mesma maneira, o terceiro capítulo analisou como as CTs estão atuando no atendimento às pessoas com sofrimento mental enquanto garantidoras dos direitos humanos. Por fim, as considerações finais apresentam que ambas as instituições possuem desafios a serem superados para que garantam plenamente os direitos humanos das pessoas com sofrimento mental.

2 DOS DIREITOS ATINENTES À SAÚDE MENTAL

A busca por definir o que é o Direito transpassa épocas e constitui objeto de estudos e publicações. Os fatores históricos da sociedade, bem como o surgimento de novas correntes da filosofia do Direito trazem definições diversas para o que é o Direito. Dessa maneira, empregam-se outros significados para além da etimologia da palavra Direito, que segundo o dicionário de língua portuguesa Priberam (2025) provém do latim “directus”, significando em linha reta, uma determinação a ser seguida conforme as leis ou a justiça.

Diante da diversidade de definições, iniciemos pelo clássico entendimento de Hans Kelsen, filósofo e jurista adepto da corrente positivista do Direito, a qual separa a validade da norma de demais considerações, como morais e as relativas a um ideal de justiça. Por sua vez, Hans Kelsen, em sua obra *Teoria Pura do Direito*¹ (1998) compreende o Direito como “um sistema de normas que regulam o comportamento humano” (Kelsen, 1998, p. 4).

Por outro lado, o entendimento do que é o direito de Miguel Reale, filósofo e jurista formulador da corrente tridimensional do Direito², ultrapassa essa delimitação e entende que o Direito não é apenas um sistema de normas, mas sim um conjunto de três dimensões: fato, valor e norma (Reale, 2001). Sendo assim: “Miguel Reale mostra que não se pode ficar no enunciado das leis, sem considerar que fato e valor fazem parte do processo de constituição da norma no espaço da cultura” (Carvalho, 2015, p. 201–212).

Já no contexto do neoconstitucionalismo Luís Roberto Barroso, jurista e ex-ministro do Supremo Tribunal Federal do Brasil, em sua obra *Neoconstitucionalismo e Constitucionalização do Direito*³ aprofunda essa noção compreendendo o Direito como um instrumento de concretização dos valores constitucionais e da dignidade da pessoa humana. Portanto, o Direito não consiste apenas na norma, mas na interpretação da norma com base nos princípios constitucionais (Barroso, 2006).

Tais conceituações do que é o Direito não são as únicas existentes, mas já demonstram que há múltiplos entendimentos do que ele seja. Desse modo, apesar da existência prévia de definições para o que é o direito, juristas e filósofos buscam adequar seu conceito de Direito à sua época e às suas convicções.

¹ A obra *Teoria Pura do Direito* foi originalmente publicada por Hans Kelsen em 1934.

² Miguel Reale defendeu a teoria tridimensional do Direito originalmente em sua obra *Lições Preliminares de Direito* em 1968.

³ A obra de Luís Roberto Barroso *Neoconstitucionalismo e Constitucionalização do Direito* foi originalmente publicada em 2005.

Diante disso, torna-se especialmente relevante compreender qual concepção contemporânea de Direito é adotada para se examinar o funcionamento dos CAPS e das CTs, uma vez que as estruturas e práticas dessas instituições são diretamente influenciadas pelas noções vigentes de direitos humanos, proteção social e dignidade da pessoa humana.

No contexto atual, pós-promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, foram inseridos no Direito brasileiro pilares principiológicos, com os quais as demais normas deverão ser interpretadas, além de positivados direitos fundamentais, que visam garantir a dignidade da pessoa humana. Portanto, para o presente estudo adota-se a concepção do direito neoconstitucional, pautada nos princípios constitucionais e na dignidade da pessoa humana.

2.1 Direitos Humanos, Direitos Fundamentais e Dignidade da Pessoa Humana

É oportuno ponderar algumas considerações sobre os direitos humanos e os direitos fundamentais, os quais são espécies do gênero “direitos” e considerados direitos essenciais à pessoa humana. A definição dessas categorias tem sido objeto de amplas discussões na doutrina. Assim, para Ricardo Lobo Torres (*apud* Guerra, 2023, p. 1), os direitos fundamentais ou direitos humanos, bem como os direitos civis, direitos da liberdade, direitos individuais, e liberdades públicas, são formas diferentes de expressar a mesma realidade jurídica.

A discussão se aprofunda a partir das contribuições de Nelson Saldanha, segundo as quais os direitos fundamentais constituem uma ordem jurídica fundada em valores historicamente desenvolvidos, refletindo os anseios e princípios éticos de cada sociedade, acompanhando as gerações de direitos (Saldanha, *apud* Brandão, 2014).

Esses direitos para Cláudio Brandão (2014) deixam de ter origem em fundamentos teológicos e passam a ser resultantes da racionalização decorrente de um amadurecimento social. Sua condição de fundamentalidade, portanto, relaciona-se à função essencial que desempenham no constitucionalismo e no Estado de Direito, sendo definidos tanto por sua formação histórica quanto pela articulação entre suas dimensões objetiva e subjetiva, e não apenas pela localização no texto constitucional.

Essa compreensão está em consonância com a visão de Rúbia Zanotelli de Alvarenga (2019), que entende os direitos humanos fundamentais como inerentes à própria condição humana, existentes antes mesmo de seu reconhecimento pelo direito positivo. A autora

destaca que tais direitos surgem em resposta a situações de injustiça ou agressões a bens essenciais do ser humano. Por possuírem natureza universal e validade atemporal, tais direitos ultrapassam a esfera dos direitos fundamentais positivados, atingindo uma dimensão que não se limita ao direito escrito.

Assim sendo, Rúbia Zanotelli de Alvarenga (2019) explica que os direitos humanos são inerentes à própria condição humana, existindo independentemente de previsão legal e baseando-se em princípios universais válidos para todos os povos, lugares e épocas. Por isso, eles vão além da proteção individual, alcançando toda a coletividade, como os direitos relacionados ao meio ambiente. Já os direitos fundamentais correspondem àqueles direitos humanos que foram positivados e integrados ao ordenamento jurídico de um Estado.

Blanca Martínez (*apud* Guerra, 2023, p. 3) também distingue os direitos fundamentais como aqueles positivados internamente e os direitos humanos como aqueles positivados internacionalmente. Dessa maneira, seguindo essa linha de entendimento Sidney Guerra também considera que: “Levando em consideração os aspectos relativos ao tempo e ao espaço é que se costuma adotar as expressões “direitos humanos” para estudo consagrado no plano internacional ou universal e “direitos fundamentais” no plano interno ou estatal” (Guerra, 2023, p. 9).

Diante da breve exposição de algumas concepções e entendimentos sobre os direitos fundamentais e os direitos humanos, adotar o posicionamento de Blanca Martínez e Sidney Guerra (2023) mostra-se adequado, porque sua perspectiva reconhece que os direitos humanos ultrapassam a abrangência dos direitos fundamentais, não se limitando à sua presença formal no texto constitucional. Ao mesmo tempo, essa linha intelectual permite uma delimitação de quais sejam os direitos essenciais à pessoa humana, possibilitando, assim, analisar se eles estão sendo efetivamente garantidos pelos CAPS e pelas CTs.

Essa delimitação é indispensável, sobretudo porque tais instituições operam diretamente sobre sujeitos em situação de vulnerabilidade, cujo acesso ou violação a direitos humanos pode ser significativamente impactado pelo modelo de cuidado adotado. Assim, o presente trabalho adota uma análise sob a lente dos direitos humanos, visto que estes superam os positivados no ordenamento jurídico interno, apesar de muitos dos direitos humanos já terem sido incorporados como direitos fundamentais no ordenamento brasileiro.

Os tratados internacionais de direitos humanos representam um avanço significativo na proteção dos direitos essenciais às pessoas. Nesse sentido, o Brasil ratificou documentos

importantes, como a Convenção Americana sobre Direitos Humanos⁴ e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência - CDPD. Esses tratados têm impacto direto no ordenamento jurídico interno e, conforme disposto no art. 5º, §2º⁵, da Constituição da República, integram o sistema constitucional de proteção de direitos, podendo ser recebidos com status de emenda constitucional quando aprovados segundo o rito previsto no §3º⁶ do mesmo artigo.

Dessa forma, o Brasil, ao se comprometer com os tratados internacionais de direitos humanos assume a responsabilidade de garantir a implementação desses direitos em todo o seu território. A incorporação dessas normas reforça o compromisso do Estado com a proteção dos direitos humanos. Portanto, no âmbito da saúde mental, essa responsabilidade implica assegurar que serviços como os CAPS e as CTs funcionem em conformidade com parâmetros internacionais de dignidade e não discriminação.

A Constituição da República de 1988 instituiu os direitos humanos como pilares do Estado Democrático de Direito. No Título II, que trata dos direitos e garantias fundamentais, prevê direitos individuais e coletivos, como a liberdade, a igualdade, e o direito à vida.

Esses direitos, fundamentais para a dignidade humana, são reconhecidos não apenas no plano interno, mas também em consonância com os compromissos assumidos pelo Brasil em tratados internacionais. O art. 5º da Constituição⁷, a exemplo, estabelece uma série de garantias que asseguram a proteção dos direitos fundamentais, tais como a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, e à segurança, essenciais à dignidade humana.

Posto isso, no Brasil a saúde mental é resguardada tanto pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, norma interna, quanto pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência - CDPD (2009), que nos termos de seu art. 5º, §3º⁸, dispõe que o Estado deverá adotar todas as medidas garantidoras da igualdade e não

⁴ A Convenção Americana sobre Direitos Humanos de 1969, também conhecida como Pacto de San José da Costa Rica, foi incorporada ao ordenamento Brasileiro em 1992.

⁵ O art. 5º, §2º da Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988) dispõe que: “Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.”

⁶ O art. 5º, §3º da Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988) dispõe que: “Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais.”

⁷ O caput do art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988) dispõe que: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...]”.

⁸ O art. 5º, §3º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2009) dispõe que: “A fim de promover a igualdade e eliminar a discriminação, os Estados Partes adotarão todas as medidas apropriadas para garantir que a adaptação razoável seja oferecida.”

discriminação. Desse modo, Iara Antunes de Souza (2016) destaca que para a doutrina segundo Paulo Luiz Neto Lôbo (2003, p. 205 *apud* SOUZA, 2016, p. 30), a mudança de paradigma trazida pela Constituição de 1988 gerou o que se denomina de “repersonalização” do Direito.

Assim, quando se analisa o funcionamento dos CAPS e das CTs, é imprescindível verificar se tais instituições estão alinhadas a esse conjunto normativo protetivo, sobretudo considerando dados de violações em determinados modelos de cuidado. Nesse sentido:

De toda sorte, os direitos da pessoa humana (consagrados no plano internacional e interno) têm por escopo resguardar a dignidade e condições de vida minimamente adequadas do indivíduo, bem como proibir excessos que porventura sejam cometidos por parte do Estado ou de particulares. (Guerra, 2023, p. 9).

Diante disso, no que tange a dignidade da pessoa humana, ela é um princípio fundamental expresso na Constituição da República de 1988. Trata-se, portanto, de um dos pilares sobre os quais se sustenta o ordenamento jurídico brasileiro. O art. 1º, III⁹, da Constituição da República de 1988 estabelece a dignidade humana como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito, sendo, assim, uma norma fundamental que orienta todo o sistema jurídico.

Esse princípio reflete a visão de que o ser humano possui um valor intrínseco, que não pode ser negado, independentemente de sua situação ou condição social, econômica ou política. Historicamente a dignidade da pessoa humana provém do cristianismo, que atribui aos ser humano um valor especial em razão de sua imagem e semelhança de Deus (Guerra, 2023, p. 34). A dignidade da pessoa humana é, portanto, a base para a proteção de todos os direitos fundamentais, incluindo o direito à liberdade, à educação, à saúde e à integridade física e moral.

Portanto, cabe ressaltar que o art. 23, II¹⁰, da Constituição da República de 1988 dispõe que compete à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, comumente, cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de

⁹ O art. 1º, III, da Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988) dispõe que: “Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

[...]

III - a dignidade da pessoa humana;”.

¹⁰ O art. 23, II da Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988) dispõe que: “Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

[...]

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;”

deficiência. Logo, a saúde mental no Brasil deve ser assegurada por todos os entes federativos a todos os indivíduos que nele se encontrem, com respeito a sua dignidade humana e garantindo-lhes os direitos humanos.

A partir dessa perspectiva, torna-se possível avaliar criticamente se os CAPS e as CTs, enquanto garantidores da saúde mental, efetivamente materializam esse conjunto de garantias ou se ao contrário reproduzem práticas que podem comprometer a dignidade da pessoa humana causando-lhe sofrimento.

2.2 Saúde Mental

A saúde humana não apenas engloba o funcionamento adequado dos sistemas biológicos, mas também fatores externos aos físicos, estando, assim, intrinsecamente ligada à saúde mental. Nesse sentido, a Organização Pan-Americana da Saúde afirma que a saúde mental “é uma parte fundamental da saúde e do bem-estar que sustenta nossas habilidades individuais e coletivas de tomar decisões, estabelecer relacionamentos e moldar o mundo em que vivemos” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2025, n.p.). Sendo assim, ela também declara que:

Saúde mental é um estado de bem-estar mental que permite que as pessoas lidem com os momentos estressantes da vida, desenvolvam todas as suas habilidades, sejam capazes de aprender e trabalhar adequadamente e contribuam para a melhoria de sua comunidade (Organização Pan-Americana da Saúde, 2025, n.p.).

Desse modo, é possível notar que tal conceituação de saúde mental abrange uma ideia de uma pessoa apta a contribuir com a sociedade de maneira ativa e produtiva, de forma intelectual ou manual “aprender e trabalhar adequadamente”. Portanto, nota-se que além de um padrão comportamental estipulado para um indivíduo agir em momentos de estresse, há nesse contexto, uma expectativa de contribuição social associada ao seu convívio em comunidade, devendo ele cumprir o papel de “melhorar a sua comunidade”.

A saúde pública, por sua vez, possui uma abordagem que transcende a saúde individual, focando primordialmente na saúde das populações (Thornicroft; Tansella, 2010, p. 7). De modo que a mesma derivou do conceito de medicina social proposto por Virchow em 1948 (*apud* Thornicroft; Tansella, 2010, p.7), a qual é um interesse social, influenciada por fatores econômicos e sociais que devem ser estudados cientificamente, exigindo ações tanto sociais quanto médicas, avaliadas por meio de estatísticas médicas .

Nesse cenário, a saúde mental não encontra pacificação em uma conceituação única e consolidada. Loraine Vivian Gaino *et al.* (2018) demonstram que há divergências, por exemplo, quanto a determinados aspectos como se a ausência de doença mental já consolida a saúde mental inclusive entre alguns profissionais da área da saúde, apontando semelhanças e divergências na construção do que seria a saúde mental para esses profissionais.

Desta forma, Loraine Vivian Gaino *et al.* (2018) ao abordarem profissionais de Estratégia de Saúde da Família, Unidade de Urgência e Emergência e serviços especializados de saúde mental, constataram que eles, em sua maioria, possuem um entendimento semelhante ao adotado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, podendo essa concepção também estar influenciada pela vivência do trabalho das equipes que atuam nas demandas do dia a dia em projetos terapêuticos, sendo obtido como resultado que:

Alguns profissionais dos serviços especializados e Unidade de Urgência e Emergência mencionaram sintomas psiquiátricos e a ideia de ausência de doença como acessórios para exemplificar como concebem a saúde mental. No entanto, a maioria dos participantes associou tal conceito com a noção de bem-estar, integralidade do ser humano e determinação social do processo saúde-doença (Gaino *et al.*, 2018, p. 115).

Cabe destacar a existência de uma noção de bem-estar mental, no entendimento predominante, sendo ela percebida a partir das experiências subjetivas do indivíduo, sem desconsiderar os fatores sociais que o influenciam. Diante de todo o exposto, depara-se com a abordagem individual, voltada ao próprio sofrimento mental do indivíduo, a qual se preocupa com o seu bem-estar, e uma ideia de um indivíduo que contribui ativamente com a comunidade de forma positiva, conforme as expectativas associadas à saúde mental.

2.3 Da Proteção à Saúde Mental

É fundamental abordar, ainda que de maneira sucinta, a forma como a saúde mental vem sendo gerida no Brasil. A partir da leitura de Pedro Henrique Antunes da Costa (2025, p. 23) em sua obra Franco Basaglia e a Crítica das “Comunidades Terapêuticas” no Brasil, é possível compreender por meio de uma interpretação analítica a trajetória da saúde mental no Brasil em três momentos analiticamente distintos: o Modelo Manicomial, a Reforma Psiquiátrica e a Contrarreforma Psiquiátrica.

2.3.1 Os Manicômios

Conforme o Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2026a), a primeira estrutura para lidar com o sofrimento mental no Brasil de maneira específica foi o manicômio, sendo os primeiros fundados nas décadas de 1840 e 1850, fruto de um projeto médico de higienização das cidades e das populações. Desta forma, o Relatório da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, de 1838, sugeriu a criação desses espaços, destacando a seguinte proposta:

(B. Jardim para os loucos). Na porção do Jardim, reservada aos loucos susceptíveis de cura (e muitos entrão no hospital neste estado) se elevaria hum hospicio que unicamente lhes fosse destinado: o hospicio deveria conter, além das distribuições exigidas pela differença de sexos, alem de quartos particulares, destinado cada hum delles para cada enfermo, vastos, secos, arejados, com vista sobre o jardim, alem de salas de banhos, de salões, em que se podessem reunir, de locutórios onde recebessem as visitas, e consolações de seos amigos, deveria conter huma sala para bilhar e outros jogos que exigem hum leve exercicio e que occupando a attenção sem affadiga-la, distrahissem esses desgraçados de suas ideias fixas. Sua separação dos loucos reconhecidos incuraveis, e por consequencia seo menor numero, o melhor tractamento, que de necessidade resultaria da existencia de hum estabelecimento, as suaves emanações do Jardim, e sobre tudo hum passeio agradável, e hum exercicio moderado restituirião à Sociedade innumerous infelizes, que hoje sem nenhum recurso ella perde para sempre (Santos; Rosa; Cruz, 1838, n.p.).

Nota-se, assim, a descrição de um ambiente que no plano ideal e segundo os parâmetros da época, era concebido, no discurso, como humanamente digno. Suas instalações deveriam agradar os olhos possuindo jardins, as pessoas tratadas nesse espaço deveriam praticar exercícios moderados, realizar passeios agradáveis e distrair suas mentes com jogos. Percebe-se, portanto, que inicialmente havia uma ideia de bem-estar associada ao tratamento. Segundo o Dr. Luiz Vicente de-Simoni (1839): “De todas as molestias a que o homem he sujeito nenhuma ha cujo a cura dependa mais do local, em que he tratada, do que a da loucura.” (De-Simoni, 1839, n.p.).

Contudo, é importante destacar que, no contexto do Brasil imperial, tais hospitais não eram destinados a toda a população, pois a escravidão no Brasil oficialmente perdurou até 1888, ano em que ocorreu a assinatura da Lei Áurea. O principal argumento pró-hospício era que no hospital comum, em que todas as moléstias eram tratadas, os “loucos” não se curavam, devendo a nova instituição ser construída fora dos limites urbanos, tendo os

médicos autonomia para atuar sobre a loucura, de modo que a implementação de uma instituição asilar no Rio de Janeiro o equiparava a cidades europeias modernas (Brasil, 2026a).

Nesse contexto, Luiz Vicente de-Simoni (1839) defendeu a criação dos manicômios como um local adequado para o tratamento da saúde mental, apontando que o tratamento proporcionado às pessoas com sofrimento mental era violento e não eficaz, como se vê:

[...] Para contel-o nestes excessos, nos quaes se fere e dilacera em varia partes, e para sujeital-o a applicação de soccorros, a que elles se recusa, he logo submettido há huma segunda prisão: a camisola de força, e até o tronco, que inda não tem sido possivel desterrar da Santa Casa, vem amarrar-lhe os braços, e prende-lhe as pernas como a hum escravo!!! Se este estado não cede, mais ou menos promptamente, ao meios, que a sua situação permite se lhe applicuem, a pallidez, a magreza, a debilidade, phtisica, a hydropisia, as convulsões epilepticas, a paralysisia, o automatismo, a apoplexia, os bichos, as chagas, e os ratos, tomam conta de seu corpo, e o infeliz expira mirrado, como huma mumia, sem que ninguem o chore, ou tenha dôr da sua sorte. Pode haver maior desgraça, quadro mais horroroso, violencia e oppressão maiores, e mais temiveis, perda de liberdade mais terrivel, e mais fatal ? (De-Simoni, 1839, n.p.).

Portanto, apesar de se tratar de uma época remota, é possível notar que a justificativa discursiva para a criação dos manicômios não se pautava apenas em uma política higienista, mas também na busca pela dignidade humana das pessoas com sofrimento mental, conforme defendido por determinados médicos da época. Nota-se, no discurso de Luiz Vicente de-Simoni, a preocupação de que as pessoas com sofrimento mental fossem afastadas não apenas dos tormentos internos de suas mentes, mas também dos externos que lhes eram impostos, como o tronco¹¹. Luiz Vicente de-Simoni (1839) também destacou outras mazelas da época:

Só diremos que, se a miseria dos alienados não era igual na Santa Casa á dos do *hospital da caridade* em Lião, que em 1809 ainda habitavão em subterraneos; a humidade, a privação ou escacez da luz e do ar em quartos baixos, com janellas pequenas, em hum andar terreo; e em hum corredor escuro, o constituição, na superficie do solo, quasi na mesma condição (De-Simoni, 1839, n.p.).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2026a), os apelos para a criação dos manicômios foram atendidos por Dom Pedro II que, por meio do Decreto nº 82, de 18 de

¹¹ Segundo a professora Joelza Ester Domingues (2026) “O tronco era um antigo instrumento de castigo, utilizado em várias sociedades, inclusive na África. Seu objetivo era imobilizar o condenado, submetendo-o ao extenuante cansaço, impossibilitando-o, inclusive, de se defender de insetos que o atacavam” (Domingues, 2026., n.p.). Nota-se portanto que se tratava de um instrumento que gerava sofrimento aos que eram submetidos a ele.

julho de 1841, fundou o Hospício de Pedro II, hospital privativamente destinado ao tratamento dos “alienados”. O Hospício recebeu atenção especial em seu embelezamento, incluindo a instalação de sete estátuas em mármore de Carrara que representavam figuras como a ciência, a caridade, autoridades e importantes personalidades ligadas à instituição (Brasil, 2026b).

Contudo, a beleza dos espaços destinados privativamente ao tratamento das pessoas com sofrimento mental e o tratamento a princípio idealizado pelos defensores do manicômio divergiram da realidade presenciada nos manicômios com o passar do tempo. Nesse sentido, Nívea de Azevedo Araújo, Sebastião Sherly Lima Sousa e Marcossuel Gomes Acioles (2025, p. 2) afirmam que: “A história da psiquiatria no Brasil é marcada por uma violação sistemática dos direitos humanos de milhares de pessoas internadas em instituições psiquiátricas, principalmente do Hospital Colônia de Barbacena”¹², o que deu origem a Reforma Psiquiátrica abordada no próximo tópico.

2.3.2 A Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica foi propulsionada pela luta antimanicomial no Brasil. O movimento antimanicomial, por sua vez, crítica o modelo asilar, o qual era marcado por denúncias de maus-tratos, abandono e situações de profundo desrespeito aos direitos das pessoas com sofrimento mental, tendo buscado garantir melhores cuidados e direitos a essas pessoas (Fontelles; Silva, 2019, p. 125, p. 128). Uma das principais conquistas da Reforma Psiquiátrica foi a aprovação da Lei nº 10.216/2001, a qual tornou a internação uma exceção, dispondo assim em seu art. 4º: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.” (Brasil, 2001).

O Projeto de Lei nº 3.657/1989 que deu origem a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, visava, segundo Fernanda de Lima Fontelles e Roberta Barbosa da Silva (2019, p. 128), não apenas regulamentar direitos das pessoas com transtornos mentais, mas também a extinção progressiva dos manicômios, os substituindo por outros recursos assistenciais, e também buscava regulamentar a internação compulsória.

Conforme apresentado por Fernanda de Lima Fontelles e Roberta Barbosa da Silva (2019, p. 128), a Lei nº 10.216/2001 não englobou todos os objetivos do Projeto de Lei nº

¹² Nívea de Azevedo Araújo, Sebastião Sherly Lima Sousa e Marcossuel Gomes Acioles (2025, p. 2) também ressaltam que a violação dos direitos humanos das pessoas internadas no Hospital Colônia de Barbacena propiciou para que esse evento ficasse conhecido como Holocausto Brasileiro.

3.657/1989, todavia dispõe: “[...] sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001). Desta forma, Cristiani Vieira Machado (2020, p. 5) afirma que a Reforma Psiquiátrica Brasileira é um dos movimentos de transformação mais expressivos na saúde do país, surgindo também no contexto da democratização e da reforma sanitária nas últimas quatro décadas.

Além disso, diferentemente da recomendação dos defensores do modelo manicomial de que as pessoas com sofrimento mental deveriam ser tratadas longe das zonas urbanas, de maneira isolada, a Lei nº 10.216/2001 prevê em seu art. 2º, inciso II¹³ que a recuperação dessas pessoas deve ocorrer por meio de sua inserção na família, no trabalho e na comunidade, sendo expressamente vedado do art. 4º, §3º a internação em instituições com características asilares (Brasil, 2001). Do mesmo modo, em seu art. 3º¹⁴ ela acrescenta a participação da sociedade e da família na promoção de assistência às pessoas com sofrimento mental, que será prestada em estabelecimentos de saúde mental (Brasil, 2001).

Portanto, observa-se que após um ideal de um tratamento voltado a internações das pessoas com sofrimento mental em estruturas belas, longe dos centros urbanos, com a busca pelo bem-estar dos internados, defendido por alguns médicos na época do Brasil Império, a violação da dignidade humana que se perpetuou em diversas instituições psiquiátricas fez com que na Reforma Psiquiátrica a internação se tornasse exceção. A seguir abordaremos o movimento da Contrarreforma Psiquiátrica.

2.3.3 A Contrarreforma Psiquiátrica

Com o decurso do tempo, após a aprovação da Lei nº 10.216/2001 foram aprovadas outras normativas que dispõem sobre a saúde mental. Fernanda de Lima Fontelles e Roberta Barbosa da Silva (2019, p. 128) destacam a possibilidade de retrocessos pontuando que: “No

¹³ A Lei nº 10.216/2001 em seu art. 2º, II (Brasil, 2001) dispõe que: “Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

[...]

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;”.

¹⁴ A Lei nº 10.216/2001 em seu art. 3º (Brasil, 2001) dispõe que: “Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.”

dia 04 de fevereiro de 2019 foi lançada pelo Ministério da Saúde, a nota técnica ‘Nova Saúde Mental’ nº 11/19, na qual são discutidos os rumos da saúde mental, com propostas que vão contra às resoluções da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001)” (Fontelles; Silva, 2019, p. 128). Nesse contexto, Nívea de Azevedo Araújo, Sebastião Sherly Lima Sousa e Marcossuel Gomes Aciolos (2025, p. 2) afirmam que “apesar de tantos progressos, a cultura manicomial persiste e mantém diante do exposto, as práticas e estigmas que desumanizam aqueles que estão em sofrimento psíquico”.

A nota técnica “Nova Saúde Mental” nº 11/2019, segundo Fernanda de Lima Fontelles e Roberta Barbosa da Silva (2019, p. 129), não incentiva mais o fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos, mas sim os promove com a expansão do número de leitos psiquiátricos, além de igualar a importância de todos os serviços assistenciais o Ministério da Saúde passou a financiar a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia¹⁵.

Diante do exposto, verificou-se que a compreensão do direito adotada neste trabalho - fundada no neoconstitucionalismo e orientada pelos princípios constitucionais, especialmente pela dignidade da pessoa humana - constitui elemento essencial para a compreensão da saúde mental no Brasil. A trajetória histórica da saúde mental no Brasil do Modelo Manicomial à Reforma Psiquiátrica e às tensões de Contrarreforma evidencia avanços na superação de práticas asilares, mas também a permanência de disputas quanto às formas de cuidado. Nas últimas décadas, os avanços da Reforma Psiquiátrica vêm sendo tensionados por movimentos de Contrarreforma Psiquiátrica, que reacendem práticas de segregação e internação.

É nesse cenário que se inserem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Comunidades Terapêuticas (CTs), cuja análise se mostra fundamental para avaliar se tais instituições atuam como efetivos garantidores dos direitos humanos no âmbito da saúde mental, o que será abordado nos capítulos subsequentes. Desse modo, sob a luz da dignidade da pessoa humana, torna-se possível analisar criticamente como os CAPS e as CTs se inserem nesse cenário, especialmente no que se refere à efetivação dos direitos humanos das pessoas com sofrimento mental.

¹⁵ “A eletroconvulsoterapia existe, desde 1938, para tratamento de doenças mentais, mas seu uso, no século passado, foi muito controverso. A tecnologia do eletrochoque se modernizou há um par de décadas, sendo utilizada nos dias atuais com fins terapêuticos para alguns tipos de transtornos, como a depressão profunda, embora existam correntes contrárias ao seu uso. No Brasil, o método só passou a ter mais controle em 2002, quando o Conselho Federal de Medicina estabeleceu regras específicas para a adoção da técnica, como a necessidade de aplicar anestesia geral. Além da anestesia, a utilização de relaxantes musculares ameniza as convulsões, mas nem sempre foi assim. No Colônia, o choque era aplicado a seco e tinha características semelhantes à tortura.” (Arbex, 2013, p. 32 *apud* Fontelles; Silva, 2019, p. 129).

3 OS CAPS QUANTO GARANTIDORES DOS DIREITOS HUMANOS

O Capítulo 3 examina os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) quanto garantidores dos direitos humanos das pessoas com sofrimento mental, contextualizando-os no âmbito da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216/2001. Para tanto, os CAPS foram analisados sob quatro aspectos sendo eles: o que são os CAPS, quantidade de CAPS no Brasil, financiamento dos CAPS, e qual a forma de cuidado da saúde mental adotada pelos CAPS.

3.1 O Que são os CAPS?

Diante da Reforma Psiquiátrica e dos novos parâmetros estabelecidos pela Lei nº 10.216/2001, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS¹⁶ consolidaram-se como a “base principal” da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (Corrêa; Lima, 2025, p. 2). A RAPS foi criada pela Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde e consiste em “uma rede integrada de serviços que atende pessoas com sofrimento mental ou que enfrentam problemas com uso prejudicial de álcool e outras drogas, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2026c, n.p.).

Nesse contexto, os CAPS são apontados como instrumentos de efetivação dos direitos humanos das pessoas com sofrimento mental, ao materializarem o direito fundamental à saúde, previsto no art. 196 da Constituição da República de 1988¹⁷. Ao priorizarem o cuidado em liberdade e a inserção comunitária, os CAPS rompem com o histórico modelo de segregação manicomial, promovendo a inclusão social. Dessa forma, configuram-se como instrumentos concretos de efetivação dos direitos humanos, sendo assim definidos no Manual da Seleção 2025 do Novo PAC Saúde (Brasil, 2025) como:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que realizam atendimento às pessoas de todas as faixas etárias, prioritariamente, com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes,

¹⁶ “Os CAPS foram criados oficialmente em 1992, a partir da Portaria Ministério da Saúde 224/92 e foram definidos como unidades de saúde locais que contam com uma população conhecida e definida a nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe de profissionais de diversas áreas” (Barreto, 2019 *apud* Sousa, 2020, p. 48).

¹⁷ Art. 196 (Brasil, 1988) “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Buscam promover abordagem mais humanizada e inclusiva, constituindo-se como local de referência e de cuidado de saúde mental na comunidade. (Brasil, 2025, p. 16).

A 13ª edição do Boletim Saúde Mental em Dados (2024), do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DESMAD, afirma que a atual Política Nacional de Saúde Mental é pautada em um "processo civilizatório", fundamentado nos Direitos Humanos e na perspectiva do cuidado em liberdade no território (Brasil, 2024, p. 9). Nos CAPS, o cuidado é operado por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS)¹⁸, que personaliza a assistência e envolve a equipe, o usuário e seus familiares (Fontelles; Silva, 2019, p. 126). Ao atuarem com base na prestação de um atendimento personalizado, os CAPS estão em consonância com o ideal de Pedro Delgado (2015, p. 14) de que o cuidado em saúde mental necessita de personalização individual.

É importante ressaltar que os CAPS possuem diferentes modalidades nos cuidados com a saúde mental, sendo organizados atualmente segundo o Manual da Seleção 2025 do Novo PAC Saúde (2025) em seis modalidades de CAPS que se dividem conforme o número de habitantes do município e suas necessidades assistenciais (Brasil, 2025, p. 18).

O CAPS I é destinado ao atendimento de pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, sendo indicado para municípios com população superior a quinze mil habitantes. O CAPS II, por sua vez, atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e pode, conforme a organização da rede de saúde local, acolher também pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, sendo recomendado para municípios com mais de setenta mil habitantes (Brasil, 2025, p.18).

O CAPS III caracteriza-se pela oferta de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas por dia, inclusive em feriados e finais de semana, além de proporcionar acolhimento noturno e retaguarda clínica a outros serviços de saúde mental, inclusive aos CAPS AD. Essa modalidade é indicada para municípios ou regiões com população superior a cento e cinquenta mil habitantes (Brasil, 2025, p. 18-19).

¹⁸ O Projeto Terapêutico Singular consiste em um conjunto organizado de ações terapêuticas construídas coletivamente por uma equipe interdisciplinar, com foco nas necessidades singulares do sujeito e em seu contexto de vida (Aragão *et al.*, 2022). Na obra O Projeto Terapêutico Singular de Uma Usuária de Crack: Relato de Experiência, os autores aprofundam essa concepção ao descrever a aplicação prática do PTS, durante um atendimento no CAPS AD de Sobral, evidenciando-o como uma estratégia de cuidado integral em saúde mental, a partir do trabalho em rede e da corresponsabilização entre equipe e usuária no processo terapêutico.

O CAPS AD é voltado ao atendimento de adultos, crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, observadas as disposições do Estatuto da Criança e do Adolescente, configurando-se como um serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário. Essa modalidade é indicada para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. Já o CAPS AD III destina-se ao cuidado clínico contínuo, com funcionamento ininterrupto e oferta de até doze leitos para observação e monitoramento, sendo indicado para municípios ou regiões com mais de cento e cinquenta mil habitantes (Brasil, 2025, p. 19).

Por fim, o CAPS Infantil atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, bem como aqueles que fazem uso de álcool e outras drogas, constituindo-se como serviço aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população superior a setenta mil habitantes (Brasil, 2025, p.19). Insta destacar que para designar o CAPS Infantil também é utilizada em documentos oficiais a nomenclatura CAPS i, bem como a nomenclatura CAPS ij (CAPS Infantojuvenil).

Destaca-se que a 13ª edição do Boletim Saúde Mental em Dados (2024) apresenta uma outra modalidade de CAPS que não está dentre as definidas no Manual da Seleção 2025 do Novo PAC Saúde (2025), os CAPS AD IV. Os mesmos foram definidos como Pontos de Atenção Especializada, sendo implementados com fundamento na Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde, com funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia, voltado ao cuidado integral e contínuo de pessoas com transtornos decorrentes do uso problemático e severo de álcool e outras drogas, com implantação planejada junto a cenas de uso, em serviço aberto¹⁹, com ações de acolhimento sem prévio agendamento, com Projeto Terapêutico Singular (PTS), reabilitação psicossocial e suporte social, podendo dispor de leitos para desintoxicação e observação clínica, destinados a municípios com população acima de 500.000 (quinhentos mil) habitantes e as capitais estaduais. Além disso, previa a oferta de cuidados às famílias de usuários independentemente do vínculo deles com o CAPS AD IV (Brasil, 2017).

Nesse sentido, para além de sua definição conceitual e normativa, torna-se relevante analisar a forma como os CAPS se materializam no território nacional, especialmente a partir de sua expansão quantitativa ao longo dos anos.

¹⁹ No modelo de assistência em saúde mental aberto e de base comunitária, é garantido a livre circulação das pessoas com sofrimento mental, possibilitando seu acesso aos serviços, à comunidade e à cidade, com o objetivo de promover autonomia e inclusão social (Minas Gerais, 2026).

3.2 Quantidade de CAPS no Brasil

A análise da quantidade de CAPS existentes no Brasil permite compreender de que maneira as diretrizes da Reforma Psiquiátrica foram, ao longo do tempo, incorporadas ou tensionadas pelas legislações em saúde mental. A 13ª edição do Boletim Saúde Mental em Dados (2024) aponta a expansão dos CAPS de 148 (cento e quarenta e oito) unidades em 1998 para 3.019 (três mil e dezenove) unidades em 2024 (Brasil, 2024, p. 12). A taxa anual de crescimento intensificou-se entre 2004 e 2016, superando 100 (cem) novos serviços por ano, mas desacelerou a partir de 2017, especialmente em 2018, quando foram habilitados apenas 31 (trinta e um) CAPS (Brasil, 2024, p. 12). Essa desaceleração coincidiu com alterações normativas referentes à RAPS (Brasil, 2024, p. 13).

Tal movimento de expansão e posterior desaceleração não ocorreu de forma dissociada das alterações normativas e políticas implementadas no âmbito da RAPS. A Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde, juntamente com a resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), redefiniram o modelo da RAPS, reforçando práticas hospitalares e asilares, em contraposição aos serviços de base comunitária (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020, p. 6).

Essas alterações divergiram dos fundamentos da Lei nº 10.216/2001, na medida que, propiciavam modelos de práticas com características asilares, configurando potencial violação ao princípio da dignidade da pessoa humana, no contexto da Contrarreforma. Isso porque, as alterações se contrapunham à luta antimanicomial e à vedação de internações de pessoas com sofrimento mental em instituições com características asilares previstas na Lei nº 10.216/2001²⁰.

Deste modo, a 13ª edição do Boletim Saúde Mental em Dados (2024) apresenta que em 2024 dos 3.019 (três mil e dezenove) CAPS no Brasil haviam 1.522 (mil quinhentos e vinte e dois) CAPS I; 528 (quinhentos e vinte e oito) CAPS II; 146 (cento e quarenta e seis) CAPS III; 324 (trezentos e vinte e quatro) CAPSi (CAPS infantil); 338 (trezentos e trinta e oito) CAPS AD; 158 (cento e cinquenta e oito) CAPS AD III; e 3 (três) CAPS AD IV (Brasil, 2024, p. 14). Diante do exposto, Brasil (2024) concluiu que sendo cerca de 50% (cinquenta por cento) dos CAPS prestadores do serviço Tipo I, consonante com a Reforma Psiquiátrica,

²⁰ Dispõe a Lei nº 10.216/2001 em seu art. 4º, §3º (BRASIL, 2001) “É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º”.

há a interiorização dos serviços de saúde mental, abrangendo municípios de pequeno porte populacional.

Diante desse cenário, observa-se que a predominância dos CAPS do Tipo I contribui para a interiorização dos serviços de saúde mental, ampliando o acesso ao cuidado em municípios de pequeno porte populacional, em consonância com os princípios da universalidade e da equidade do Sistema Único de Saúde, bem como com a diretriz legal de priorização do tratamento em serviços comunitários. No entanto, cabe ressaltar que os CAPS do Tipo I não possuem atendimento 24 horas e que possíveis situações de crises dos usuários fora do período de atendimento podem levá-los a serem atendidos em outras instituições, como as hospitalares e as CTs.

Nesse cenário de expansão desigual, desaceleração na implantação de serviços e limites estruturais no atendimento, especialmente no que se refere à capacidade de resposta em situações de crise, o financiamento passa a ocupar papel central na reorganização e no fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial.

3.3 Financiamento dos CAPS no Brasil

Para analisar o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil é importante compreender o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual os CAPS estão vinculados. O financiamento do SUS é tripartite, envolvendo União, Estados e Municípios, com recursos vinculados ao orçamento da seguridade social. Nos termos da Lei Complementar nº 141/2012, os municípios devem investir no mínimo 15%²¹ de suas receitas em saúde e os estados 12%²², enquanto a União deve aplicar o montante do ano anterior acrescido da variação nominal do PIB²³ (Portal FNS, 2026).

²¹ Dispõe o art. 7º da Lei Complementar nº 141/2012 (Brasil, 2012) que: “Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156, dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159 e da receita distribuída aos Municípios e ao Distrito Federal, no exercício de sua competência municipal, referente ao imposto de que trata o art. 156-A, todos da Constituição Federal. (Redação dada pela Lei Complementar nº 227, de 2026)”.

²² Dispõe o art. 6º da Lei Complementar nº 141/2012 (Brasil, 2012) que: “Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155, dos recursos de que tratam o art. 157 e a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 e da receita distribuída aos Estados e ao Distrito Federal, no exercício de sua competência estadual, referente ao imposto de que trata o art. 156-A, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. (Redação dada pela Lei Complementar nº 227, de 2026)”.

²³ Dispõe o art. 5º da Lei Complementar nº 141/2012 (Brasil, 2012) que: “Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no

No âmbito dessa estrutura federativa, a operacionalização dos repasses e a definição dos valores destinados a serviços específicos, como os CAPS, são regulamentadas por meio de portarias ministeriais e pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)²⁴. Nesse contexto a Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023, revogou integralmente²⁵ a Portaria nº 3.588/2017, restabelecendo os ideais da Reforma Psiquiátrica na RAPS, tendo também ocorrido a recomposição do custeio federal destinado aos CAPS, por meio da Portaria GM/MS nº 660, de 3 de julho de 2023 e da Portaria GM/MS nº 5.500, de 24 de outubro de 2024, aumento no período de 2023 e 2024 de 51,9% do custeio federal para a RAPS (Brasil, 2024, p. 13).

Cumprе ressaltar que apesar da revogação da Portaria nº 3.588/2017, a Portaria nº 757/2023 em seu art. 6º²⁶ manteve o financiamento das três unidades de CAPS AD IV existentes, até que haja uma nova regulamentação específica sobre a matéria (Brasil, 2017). Sobre essa estrutura, Nelson Falcão de Oliveira Cruz; Renata Weber Gonçalves e Pedro Gabriel Godinho Delgado (2020, p. 7) afirmam que, ao atuarem “junto a cenas de uso”, tais serviços tendem a reduzir os indivíduos à condição exclusiva de usuários de drogas, delimitando sua existência a essa característica.

É importante contextualizar que, anteriormente houve suspensão parcial dos repasses federais aos CAPS, decorrente das resoluções da CIT de 25 de janeiro de 2018 (Resoluções n. 35 e n. 36), que condicionaram a liberação de recursos à correta apresentação de faturamento das unidades (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020, p. 8). Essa situação evidenciou falhas estruturais na organização e acompanhamento desses serviços, que impactou temporariamente a manutenção das atividades.

exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual”.

²⁴ A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é instância de articulação e pactuação entre gestores do SUS nas três esferas de governo (União, Estados e Municípios) responsável pela negociação e definição de diretrizes operacionais e administrativas do sistema, conforme previsto na Lei nº 8.080/1990.

²⁵ Dispõe o art. 1º da Portaria GM/MS nº 757/2023 que: “Fica revogada a Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.” (BRASIL, 2023).

²⁶ Dispõe a Portaria GM/MS nº 757/2023 que: “Art. 6º O custeio dos serviços e equipes já habilitados com base na Portaria GM/MS nº 3.588, de 2017, incluindo os dispositivos por ela inseridos ou alterados, permanecem por ela regidos até que sobrevenha nova regulamentação sobre a matéria.

§ 1º Fica vedada a habilitação de novos serviços e equipes com base nos dispositivos revogados por esta Portaria.

§ 2º Nos casos do caput, ficam mantidos os valores:

I - de incremento de diárias hospitalares, para hospitais psiquiátricos especializados, reajustados com base na Portaria GM/MS nº 3.588, de 2017; e” (BRASIL, 2023).

II - das diárias considerados para o cálculo de custeio anual dos leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, em hospital geral, conforme Portaria GM/MS nº 3.588, de 2017.” (BRASIL, 2023).

A recomposição do custeio federal, portanto, não se limita a um aspecto orçamentário, mas constitui elemento fundamental para a manutenção e o fortalecimento do modelo de cuidado em saúde mental adotado pelos CAPS.

3.4 Qual a forma de cuidado da saúde mental adotada pelos CAPS?

Nesse contexto de retomada do financiamento e de reafirmação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, faz-se necessário compreender a forma de cuidado em saúde mental adotada pelos CAPS. Como visto anteriormente, existem modalidades distintas de CAPS, destinadas a determinados públicos e com formas de cuidados diferentes. O fator populacional do município é determinante para a implementação de uma modalidade de CAPS em determinada localidade.

Nesse sentido, o Manual da Seleção 2025 do Novo PAC Saúde (Brasil, 2025) deixa evidente ao orientar os municípios que desejam apresentar projetos para a implementação de CAPS em seus municípios que: “Podem se inscrever Estados, Distrito Federal e Municípios com mais de 15 mil habitantes, de acordo com o tipo de CAPS, com limite de 1 proposta por ente federado” (Brasil, 2025, p. 21). Devendo o município cumprir como requisito populacional ter de 15.000 (quinze mil) a 70.000 (setenta mil) habitantes para implementação do CAPS I; de 70.001 (setenta mil e um) a 149.999 (cento e quarenta e nove mil e novecentos e noventa e nove) habitantes para os CAPS I ou CAPS II ou CAPS AD ou CAPS ij; a partir de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes CAPS I ou CAPS II ou CAPS AD ou CAPS ij ou CAPS III ou CAPS AD III.

Embora as modalidades de CAPS estejam, em sua maioria, alinhadas aos princípios do cuidado em liberdade e da atenção comunitária, algumas experiências demandam análise crítica quanto à sua compatibilidade com a Reforma Psiquiátrica. Nelson Falcão de Oliveira Cruz; Renata Weber Gonçalves e Pedro Gabriel Godinho Delgado (2020, p. 7) criticam a possibilidade de os CAPS AD IV atuarem por meio do recolhimento compulsório dessas pessoas e servirem como “porta de entrada” para internações compulsórias em comunidades terapêuticas, as quais serão abordadas no próximo capítulo. Diante desse cenário, de possíveis violações do direito fundamental à liberdade e do caráter excepcional da internação compulsória, conforme previsto na Lei nº 10.216/2001, bem como quanto à compatibilidade dessas práticas com o princípio da dignidade da pessoa humana foi vedada a habilitação de novas unidades dos CAPS AD IV.

Para além das controvérsias institucionais envolvendo determinadas modalidades, é possível identificar, no cotidiano dos CAPS, estratégias de cuidado que reforçam a centralidade da dignidade e da autonomia do usuário. Apesar das críticas aos CAPS AD IV, um aspecto central da atuação dos CAPS, especialmente os especializados em álcool e outras drogas (CAPS AD), é a adoção da estratégia de redução de danos, que consiste em minimizar os efeitos negativos do uso de substâncias sem impor a abstinência completa, respeitando os limites, escolhas e singularidade de cada usuário (Coelho; Silveira, 2026, p. 01-16). Essa abordagem, centrada no usuário, busca preservar sua autonomia, dignidade e participação no processo terapêutico, promovendo cuidados individualizados e comunitários.

Nesse contexto de cuidado, os resultados do estudo Redução de Danos no CAPS AD: impasses e perspectivas sob o ponto de vista dos familiares dos usuários (Coelho; Silveira, 2026, p. 8) indicam que as definições sobre redução de danos podem ser divididas em quatro categorias, conforme a visão dos familiares:

1. Os que julgam a redução de danos importante para o tratamento, mas vê a abstinência total como objetivo final;
2. Os que entendem a redução de danos como uma redução do uso da droga ou a troca por uma droga “mais fraca”;
3. Os que definem a redução de danos como algo que diz respeito a todos e não somente relacionado à droga ou ao usuário; e
4. Os que não possuem nenhum conhecimento ou definição sobre redução de danos.

Essas categorias evidenciam que, embora exista uma compreensão variada entre os familiares, a estratégia de redução de danos nos CAPS AD representa uma abordagem mais flexível e centrada na dignidade do usuário, contrastando com modelos que impõem abstinência total, como ocorre em muitas Comunidades Terapêuticas (CTs) o que ainda será abordado, reforçando a importância de um cuidado individualizado e humanizado no âmbito da saúde mental. Contudo, como concluído por Coelho e Silveira (s.d.) ao constatar que metade dos entrevistados se enquadraram na categoria 4, ainda é necessário que a população em geral tenha mais conhecimento sobre as políticas de saúde.

Todavia, a adoção de práticas humanizadas, como a redução de danos, não elimina os desafios estruturais e operacionais enfrentados pelos CAPS no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Um dos desafios da RAPS apontado pela 13ª edição do Boletim Saúde Mental em Dados (2024) em relação aos CAPS é “a necessidade de articulação com os serviços de

urgência (SAMU, UPA e Pronto Socorro), o fortalecimento da possibilidade de acolhimento imediato pelos CAPS e a regulação do acesso aos leitos [...]” (Brasil, 2024, p. 36). Segundo Magda Dimenstein e Mariana Tavares Cavalcanti Liberato (2009 *apud* Fontelles; Silva, 2019, p. 127-128) há também entre os problemas institucionais persistentes dos CAPS, como os de falta de articulação dos serviços com apoios sociais, a burocratização das práticas; o formato das redes não atendem a alguns pacientes que desejam permanecer sob tutela.

Esses desafios evidenciam os limites e as tensões existentes na implementação das políticas de saúde mental, sem, contudo, descaracterizar o papel central desempenhado pelos CAPS na efetivação dos direitos das pessoas com sofrimento mental. Portanto, para a implementação da modalidade de CAPS em um determinado município é levado em consideração o seu número de habitantes, logo observa-se que municípios com menor população não possuem determinadas modalidades de assistências em suas localidades, mesmo que haja necessidade e o anseio de alguns assistidos de permanecerem sob tutela, queixa exposta por Magda Dimenstein e Mariana Tavares Cavalcanti Liberato (2009 *apud* Fontelles; Silva, 2019, p. 127-128). Ademais, observa-se que após a Reforma Psiquiátrica os CAPS sofreram alterações em sua organização, mas mantiveram um ideal de desinstitucionalização e a busca pela dignidade humana das pessoas com sofrimento mental.

Desta forma, os CAPS desempenham um papel importante na Política Nacional de Saúde Mental como instrumentos essenciais de efetivação dos direitos humanos das pessoas com sofrimento mental, ao priorizarem o cuidado em liberdade, a desinstitucionalização e o respeito à dignidade da pessoa humana. Embora tenham enfrentado um período de estagnação em sua expansão, observa-se a retomada do fomento a esse modelo assistencial, persistindo, contudo, desafios estruturais e normativos, especialmente no que se refere à integração em rede com outros serviços e às controvérsias relacionadas à modalidade CAPS AD IV.

Outro aspecto relevante que reforça o papel dos CAPS como garantidores dos direitos humanos e como um consolidador dos ideais da Reforma Psiquiátrica é a conformidade das suas principais modalidades com a Lei nº 10.216/2001, norma essa que estabelece como diretriz o tratamento preferencial em serviços comunitários de saúde mental, vedando práticas de caráter asilar e reforçando a centralidade da dignidade da pessoa humana no cuidado em saúde mental. Assim, os CAPS apresentam-se como alternativa ao modelo manicomial, garantindo os direitos fundamentais à saúde, à liberdade e à dignidade da pessoa humana, mesmo enfrentando desafios.

Portanto, de modo geral os CAPS configuram-se como espaços que efetivamente promovem os direitos humanos, na medida em que proporcionam cuidados individualizados e comunitários, respeitando a dignidade da pessoa humana e garantindo a participação social e terapêutica do usuário.

4 AS CTs QUANTO GARANTIDORAS DOS DIREITOS HUMANOS

O Capítulo 4 examina as Comunidades Terapêuticas (CTs) quanto garantidoras dos direitos humanos das pessoas com sofrimento mental, sendo voltadas principalmente para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Para tanto, as CTs foram analisadas sob quatro aspectos: o que são as CTs, quantidade de CTs no Brasil, financiamento das CTs no Brasil, e qual a forma de cuidado da saúde mental adotada pelas CTs.

4.1 O que são as CTs?

Como já abordado, para contornar as constantes violações dos direitos humanos das pessoas com doenças mentais, a Reforma Psiquiátrica por meio da Lei nº 10.216/2001 buscou fomentar tratamentos não manicomial. Assim, foi disposto em seu art. 4º²⁷ que a internação somente será recomendada na insuficiência dos recursos extra-hospitalares. As internações hospitalares são definidas pela Portaria nº 312, de 30 de abril de 2002, do Ministério da Saúde, que trata da Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar, como a admissão de pacientes para ocuparem leitos hospitalares por um período igual ou maior a 24 horas (Brasil, 2002, p. 11).

Além disso, o §3º do art. 4º da Lei nº 10.216/2001²⁸ veda expressamente a internação dessas pessoas em instituições com características asilares. Quanto ao modelo asilar no Brasil, Claudia Lysia de Oliveira Araújo, Luciana Aparecida de Sousa e Ana Cristina Mancussi Faro (2010) os consideram ultrapassados à medida que:

O modelo asilar Brasileiro ainda tem muitas semelhanças com as chamadas instituições totais, ultrapassadas no que diz respeito à administração de serviços de saúde e/ou habitação para idosos (8). Define instituição total como "um local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada"(9). Nesse espaço os indivíduos se tornam cidadãos violados em sua individualidade, sem controle da própria vida, sem direito a seus pertences sociais e à privacidade, com relação difícil

²⁷ Art. 4º, *caput*, da Lei nº 10.216 "A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes" (Brasil, 2001).

²⁸ Art. 4º, §3º, da Lei nº 10.216 "É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º" (Brasil, 2001).

ou inexistente com funcionários e o mundo exterior. (Araújo; Souza; Faro, 2010, p. 253).

A internação e o caráter asilar são pontos de atenção a serem observados nas Comunidades Terapêuticas (CTs). A princípio, a Comunidade Terapêutica foi proposta pelo inglês Maxwell Jones em 1950 como uma alternativa de cuidado e tratamento de pessoas com sofrimento mental frente ao modelo asilar, mas que com o tempo foram adaptadas para dependentes de drogas (Conectas Direitos Humanos; CEBRAP, 2022, p. 9).

Diante do exposto, é oportuno salientar a definição das Comunidades Terapêuticas adotada pelo governo, podendo ser as CTs entendidas, conforme o art. 26-A da Lei nº 13.840/2019, como espaços de acolhimento voluntário e transitório de pessoas com problemas decorrentes do uso ou da dependência de álcool e outras drogas, voltadas à abstinência, à convivência em ambiente residencial e à promoção do desenvolvimento pessoal, mediante projetos terapêuticos e plano individual de atendimento, com vistas à reinserção social e econômica, vedadas práticas de isolamento físico e condicionadas à avaliação médica prévia (Brasil, 2019a).

A partir dessa definição normativa e histórica das Comunidades Terapêuticas, torna-se pertinente avançar para a análise de sua presença no território nacional, especialmente no que se refere à sua dimensão quantitativa.

4.2 Quantidade de CTs no Brasil

A análise quantitativa das Comunidades Terapêuticas revela-se relevante para compreender a amplitude de sua inserção nas políticas públicas e o impacto potencial de suas práticas sobre o público atendido.

Conforme o relatório “As Comunidades Terapêuticas em Evidência: o que dizem as avaliações e fiscalizações do Estado Brasileiro?” o estudo mais recente que contabiliza o número de CTs no Brasil, é do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de 2017 (MNPCT; Grupo Psicologia e Ladinidades, 2025, p. 20).

Ao analisar os dados presentes na Nota Técnica nº 21 Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras (2017), do IPEA, tem-se que na época do estudo havia 2.000 (duas mil) CTs registradas, destacando-se que 74,3% (setenta e quatro vírgula três por cento) estavam instaladas em áreas rurais, a sua maior expansão ocorreu em 2011 coincidindo com o início do financiamento federal (IPEA, 2017, p. 12-13). Deste modo, observa-se que a

quantidade de CTs no Brasil atualmente, possivelmente ultrapassa o do referido estudo em razão de novos incentivos financeiros a essas instituições privadas.

Logo, além do número de Comunidades Terapêuticas existentes, um aspecto central para a compreensão de sua consolidação institucional refere-se às formas de financiamento público que sustentam o seu funcionamento e viabilizam a expansão desse modelo de cuidado.

4.3 Financiamento das CTs no Brasil

Há uma política de favorecimento das CTs, que ocorre por meio da destinação de recursos públicos a tais instituições e pela concessão de imunidade tributária, como disposto na plataforma da Frente Parlamentar Mista de Promoção à Saúde Mental:

O financiamento de vagas em CTs é realizado com recursos públicos municipais, estaduais e federais. De acordo com estudo realizado pela Conectas Direitos Humanos e o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), entre 2017 e 2020, o investimento federal em Comunidades Terapêuticas alcançou R\$300 milhões, atingindo o montante de R\$560 milhões quando considerados os valores repassados por governos e prefeituras de capitais. Além disso, as CTs também passaram a receber imunidade tributária a partir da Lei Complementar nº 187/2021, que regula a Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS) atuantes nas áreas da educação, da saúde e da assistência social. (Frente Parlamentar Mista De Promoção à Saúde Mental, 2025, n.p.).

Quando comparadas aos CAPS, a Frente Parlamentar Mista de Promoção à Saúde Mental destaca que, para o Governo Brasileiro, as CTs são caracterizadas como equipamentos da rede suplementar de atenção, não integrando o SUS nem o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Frente Parlamentar Mista De Promoção à Saúde Mental, 2025, n.p.). Enquanto os CAPS constituem serviços públicos de saúde mental integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde, as CTs vinculam-se ao Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), conforme o Decreto nº 9.761/2019²⁹ e a Lei nº 13.840/2019 (Brasil, 2011, 2019a).

²⁹ As Comunidades Terapêuticas estão incorporadas na Política Nacional Sobre Drogas, pelo Decreto nº 9.761/2019, como um meio para a garantia de direitos, estando previsto dentre seus objetivos: “3.3. Garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, pela implementação e pela manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, com tratamento, acolhimento em comunidade terapêutica, acompanhamento, apoio, mútua ajuda e reinserção social, à pessoa

A Política Nacional Sobre Drogas por meio do Decreto nº 9.761/2019 orienta que para o tratamento, a recuperação, a reinserção social, deve haver a articulação e a integração de intervenções entre as Comunidades Terapêuticas, os Centros de Atenção Psicossocial, Unidades Básicas de Saúde, Hospitais Gerais e outras instituições e serviços de atenção à saúde e reinserção social com o SISNAD, o SUS, o SUAS, o SUSP e outros sistemas relacionados para o usuário e seus familiares, com recursos técnicos e financeiros do Estado, nas esferas federal, estadual, distrital e municipal (Brasil, 2019b, n.p). Observa-se que nessa perspectiva não há uma exclusão formal entre os serviços prestados pelos CAPS e pelas CTs, sendo eles complementares, mesmo que ambos venham a atender o mesmo público, dependendo do tipo de CAPS.

A análise do financiamento das Comunidades Terapêuticas evidencia que o apoio estatal a essas instituições não se restringe ao plano econômico, repercutindo diretamente no modelo de cuidado adotado na saúde mental.

4.4 Qual a forma de cuidado da saúde mental adotada pelas CTs?

Torna-se imprescindível analisar de que maneira o modelo de cuidado adotado pelas Comunidades Terapêuticas se estrutura e quais são suas implicações para a garantia dos direitos humanos das pessoas acolhidas.

Desta forma, cabe destacar que as CTs possuem uma abordagem fundamentada prioritariamente na abstinência como eixo central de seu cuidado. Em contraposição, os CAPS AD, enquanto dispositivos estratégicos da RAPS, orientam suas práticas pelo princípio da redução de danos, compreendida como uma abordagem que busca minimizar os prejuízos sociais e à saúde associados ao uso de substâncias psicoativas, comprometida com a promoção dos direitos humanos e da dignidade da pessoa humana, ao respeitar a autonomia do sujeito e seu projeto de vida, sem exigir, necessariamente, a interrupção imediata do consumo.

com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas e a prevenção das mesmas a toda a população, principalmente àquelas em maior vulnerabilidade.” (Brasil, 2019b).

É importante ressaltar que a Lei nº 13.840/2019 em seu art. 23-A, §9º³⁰ veda expressamente a internação de usuários e dependentes de drogas, em qualquer de suas modalidades, em Comunidades Terapêuticas acolhedoras (Brasil, 2019a). Contudo, o relatório “As Comunidades Terapêuticas em Evidência: o que dizem as avaliações e fiscalizações do Estado Brasileiro?” aponta que o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) em suas inspeções constatou que as CTs têm praticado internações, agindo como serviços de saúde não regulamentados, ao invés de se limitarem ao acolhimento residencial previsto na lei, o que caracteriza uma violação das normas que vedam a internação nesses espaços (MNPCT; Grupo Psicologia e Ladinidades, 2025, p. 18-19).

O mesmo relatório entende que as CTs não são instituições de cuidado, podendo ser consideradas como “instituições asilares-manicomiais, de privação de liberdade, entre outras características que dizem da sua violência estrutural; da sua violência como normal.” (MNPCT; Grupo Psicologia e Ladinidades, 2025, p. 85-86). Além disso, esse relatório aponta que das CTs vistoriadas pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura - MNPCT, pelo Sistema Conselhos de Psicologia (Conselho Federal de Psicologia - CFP e Conselhos Regionais de Psicologia - CRPs), pelo Ministério Público Federal - MPF, pelo Ministério do Trabalho e Emprego - MTE e pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais - SES-MG, 100% (cem por cento) violavam os direitos humanos (MNPCT; Grupo Psicologia e Ladinidades, 2025, p. 75).

Dentre as muitas e graves violações de direitos humanos citadas no relatório estão privação de liberdade e confinamento, restrição à comunicação e circulação, internações involuntárias, uso de força física, abuso de medicamentos, falta de acompanhamento profissional adequado, intolerância religiosa, condições degradantes, uso indiscriminado de contenção química e abuso de medicamentos, ausência de projetos terapêuticos individualizados, trabalho forçado, práticas incompatíveis com a lei e com padrões de cuidado, incluindo violência sexual, física e psicológica, entre outras (MNPCT; Grupo Psicologia e Ladinidades, 2025, p. 01-93).

³⁰ A Lei nº 13.840 em seu art. 23-A (Brasil, 2019a) dispõe que “Art. 23-A O tratamento do usuário ou dependente de drogas 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 e em etapas que permitam:

[...]

§ 9º É vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras.”.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA as CTs possuem três pilares sendo eles: “trabalho, disciplina e espiritualidade” (IPEA, 2017, p. 08). No entanto, Kíssila Mendes e Pedro Costa (2022, p. 111) possuem outra perspectiva das CTs, na qual elas são: “uma mistura de manicômios, prisões, igrejas e senzalas” (Mendes; Costa, 2022, p. 111). Assim, observam-se pilares que, a princípio, não violam a dignidade da pessoa humana, mas ao serem analisados por alguns autores como os acima mencionados, na realidade podem contribuir com a violação dos direitos humanos, por exemplo, com a prática de trabalho análogo a escravidão.

Logo, as constatações apresentadas evidenciam que as Comunidades Terapêuticas, longe de atuarem como garantidoras de direitos, têm operado como espaços sistemáticos de violação da dignidade humana, muitas vezes com financiamento do próprio Estado. Assim destaca-se o entendimento do relatório *As Comunidades Terapêuticas em Evidência: o que dizem as avaliações e fiscalizações do Estado Brasileiro? (2025)* que “[...] as CTs não são, a saber, instituições de cuidado”. Sendo assim, o desvio de finalidade dessas instituições merece atenção especial, desempenhando o Ministério Público um papel importante para inibir a violação dos direitos humanos das pessoas com sofrimento mental, como veremos no próximo capítulo.

5 O MINISTÉRIO PÚBLICO E A DISSOLUÇÃO DE ENTIDADES IRREGULARES EM SAÚDE MENTAL

A análise dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Comunidades Terapêuticas (CTs) evidencia que apenas os primeiros se estruturam em conformidade com a Política Nacional de Saúde Mental, garantindo tratamento em liberdade, dignidade e respeito aos direitos fundamentais. Por outro lado, diversas CTs têm operado em desacordo com a legislação, reproduzindo práticas incompatíveis com os direitos humanos, como internações involuntárias, trabalhos forçados e ausência de projeto terapêutico individualizado.

Diante desse cenário, o Ministério Público atua como defensor institucional dos direitos humanos, com fundamento no art. 127³¹ da Constituição da República de 1988, incumbindo-lhe zelar pelo respeito aos direitos fundamentais, à ordem jurídica e à legalidade. O art. 129, III, da Constituição da República outorga ao MP a legitimidade para propor ação civil pública visando a proteção de interesses coletivos e individuais indisponíveis, instrumento essencial para a proteção das pessoas com sofrimento mental.

A fiscalização das CTs deve observar a legislação infraconstitucional, especialmente a Lei nº 10.216/2001, que determina o cuidado preferencial em serviços comunitários e a vedação de práticas asilares. Nessas situações, o descumprimento dessas normas configura violação direta do ordenamento jurídico, legitimando a atuação ministerial para requerer a cessação das práticas ilegais, a interdição ou a dissolução da instituição.

O Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, constitui um fundamento específico para a intervenção do Ministério Público sobre fundações privadas e associações. Nos termos deste Decreto-Lei, o Ministério Público possui competência legal para fiscalizar fundações, instaurar procedimentos para apuração de irregularidades e requerer judicialmente a dissolução de entidades cujo objeto ou funcionamento seja ilícito ou contrarie a ordem pública. Essa previsão se aplica diretamente às CTs constituídas como fundações ou associações privadas que, ao violarem sistematicamente direitos humanos, atuam fora dos parâmetros legais e desviam-se de sua finalidade social. Nesses termos, o Decreto-Lei nº 41/1966 dispõe que:

Art 1º Toda sociedade civil de fins assistenciais que receba auxílio ou subvenção do Poder Público ou que se mantenha, no todo ou em parte, com contribuições

³¹ O art.127 da Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988) dispõe que: “O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.”

periódicas de populares, fica sujeita à dissolução nos casos e forma previstos neste decreto-lei.

Art 2º A sociedade será dissolvida se:

- I - Deixar de desempenhar efetivamente as atividades assistenciais a que se destina;
- II - Aplicar as importâncias representadas pelos auxílios, subvenções ou contribuições populares em fins diversos dos previstos nos seus atos constitutivos ou nos estatutos sociais;
- III - Ficar sem efetiva administração, por abandono ou omissão continuada dos seus órgãos diretores.

Art 3º Verificada a ocorrência de alguma das hipóteses do artigo anterior, o Ministério Público, de ofício ou por provocação de qualquer interessado, requererá ao juízo competente a dissolução da sociedade.

Parágrafo único. O processo da dissolução e da liquidação reger-se-á pelos arts. 655³² e seguintes do Código de Processo Civil. (Brasil, 1966, s.p.).

No âmbito civil, a dissolução das CTs pode ser requerida quando comprovado que a entidade pratica atos ilícitos ou exerce atividade incompatível com o interesse público. O Código Civil, em seus arts. 61³³ e 69³⁴, e o Decreto-Lei nº 41/1966, conferem ao Ministério Público faculdade e dever de intervir, instaurar medidas corretivas e, se necessário, pleitear a dissolução da entidade, destinando seu patrimônio conforme a legislação e a finalidade original da instituição.

Assim, o procedimento típico de atuação do Ministério Público inclui:

1. Fase investigativa: inspeções, coleta de provas e relatórios sobre violações;
2. Fase administrativa: expedição de recomendações ou celebração de Termos de Ajustamento de Conduta (TACs);
3. Fase judicial: propositura de ação civil pública com pedido de interdição ou dissolução, fundamentada na legislação civil, na Lei nº 10.216/2001 e no Decreto-Lei nº 41/1966;
4. Dissolução e destinação de patrimônio: conforme determinação judicial e fiscalização do MP, garantindo que a atividade não viole direitos humanos e a finalidade social da entidade.

³²O art. 655 do Decreto-Lei nº 41/1966 (Brasil, 1966) dispõe que: “A dissolução de sociedade civil, ou mercantil, nos casos previstos em lei ou no contrato social, poderá ser declarada, a requerimento de qualquer interessado, para o fim de ser promovida a liquidação judicial.” (Brasil, 1939, n.p)

³³ O art. 61 da Lei 10.406/2002 (Brasil, 2015) dispõe que: “Dissolvida a associação, o remanescente do seu patrimônio líquido, depois de deduzidas, se for o caso, as quotas ou frações ideais referidas no parágrafo único do art. 56, será destinado à entidade de fins não econômicos designada no estatuto, ou, omissão este, por deliberação dos associados, à instituição municipal, estadual ou federal, de fins idênticos ou semelhantes.”

³⁴ O art. 69 da Lei 10.406/2002 (Brasil, 2015) dispõe que: “Tornando-se ilícita, impossível ou inútil a finalidade a que visa a fundação, ou vencido o prazo de sua existência, o órgão do Ministério Público, ou qualquer interessado, lhe promoverá a extinção, incorporando-se o seu patrimônio, salvo disposição em contrário no ato constitutivo, ou no estatuto, em outra fundação, designada pelo juiz, que se proponha a fim igual ou semelhante”.

Insta destacar que o Decreto-Lei nº 41/1966 se refere aos arts. 655 e seguintes do Código de Processo Civil então vigente (Decreto-Lei nº 1.608/1939), os quais disciplinavam o procedimento de dissolução e liquidação de sociedades, bem como a apuração de haveres. Os referidos dispositivos foram revogados e tiveram sua disciplina reorganizada no Código de Processo Civil de 2015, encontrando correspondência temática nos arts. 599 a 609³⁵, que

³⁵ Os arts. 599 ao 609 da Lei nº 13105/2015 (Brasil, 2015) dispõe que: “Art. 599. A ação de dissolução parcial de sociedade pode ter por objeto:

I - a resolução da sociedade empresária contratual ou simples em relação ao sócio falecido, excluído ou que exerceu o direito de retirada ou recesso; e

II - a apuração dos haveres do sócio falecido, excluído ou que exerceu o direito de retirada ou recesso; ou

III - somente a resolução ou a apuração de haveres.

§ 1º A petição inicial será necessariamente instruída com o contrato social consolidado.

§ 2º A ação de dissolução parcial de sociedade pode ter também por objeto a sociedade anônima de capital fechado quando demonstrado, por acionista ou acionistas que representem cinco por cento ou mais do capital social, que não pode preencher o seu fim.

Art. 600. A ação pode ser proposta:

I - pelo espólio do sócio falecido, quando a totalidade dos sucessores não ingressar na sociedade;

II - pelos sucessores, após concluída a partilha do sócio falecido;

III - pela sociedade, se os sócios sobreviventes não admitirem o ingresso do espólio ou dos sucessores do falecido na sociedade, quando esse direito decorrer do contrato social;

IV - pelo sócio que exerceu o direito de retirada ou recesso, se não tiver sido providenciada, pelos demais sócios, a alteração contratual consensual formalizando o desligamento, depois de transcorridos 10 (dez) dias do exercício do direito;

V - pela sociedade, nos casos em que a lei não autoriza a exclusão extrajudicial; ou

VI - pelo sócio excluído.

Parágrafo único. O cônjuge ou companheiro do sócio cujo casamento, união estável ou convivência terminou poderá requerer a apuração de seus haveres na sociedade, que serão pagos à conta da quota social titulada por este sócio.

Art. 601. Os sócios e a sociedade serão citados para, no prazo de 15 (quinze) dias, concordar com o pedido ou apresentar contestação.

Parágrafo único. A sociedade não será citada se todos os seus sócios o forem, mas ficará sujeita aos efeitos da decisão e à coisa julgada.

Art. 602. A sociedade poderá formular pedido de indenização compensável com o valor dos haveres a apurar.

Art. 603. Havendo manifestação expressa e unânime pela concordância da dissolução, o juiz a decretará, passando-se imediatamente à fase de liquidação.

§ 1º Na hipótese prevista no caput, não haverá condenação em honorários advocatícios de nenhuma das partes, e as custas serão rateadas segundo a participação das partes no capital social.

§ 2º Havendo contestação, observar-se-á o procedimento comum, mas a liquidação da sentença seguirá o disposto neste Capítulo.

Art. 604. Para apuração dos haveres, o juiz:

I - fixará a data da resolução da sociedade;

II - definirá o critério de apuração dos haveres à vista do disposto no contrato social; e

III - nomeará o perito.

§ 1º O juiz determinará à sociedade ou aos sócios que nela permanecerem que depositem em juízo a parte incontroversa dos haveres devidos.

§ 2º O depósito poderá ser, desde logo, levantando pelo ex-sócio, pelo espólio ou pelos sucessores.

§ 3º Se o contrato social estabelecer o pagamento dos haveres, será observado o que nele se dispôs no depósito judicial da parte incontroversa.

Art. 605. A data da resolução da sociedade será:

I - no caso de falecimento do sócio, a do óbito;

II - na retirada imotivada, o sexagésimo dia seguinte ao do recebimento, pela sociedade, da notificação do sócio retirante;

III - no recesso, o dia do recebimento, pela sociedade, da notificação do sócio dissidente;

IV - na retirada por justa causa de sociedade por prazo determinado e na exclusão judicial de sócio, a do trânsito em julgado da decisão que dissolver a sociedade; e

V - na exclusão extrajudicial, a data da assembleia ou da reunião de sócios que a tiver deliberado.

atualmente regulam a dissolução parcial de sociedade.

Embora o art. 599 do Código de Processo Civil de 2015 elenque os legitimados para a propositura da ação de dissolução parcial de sociedade, referido rol não possui natureza taxativa. Assim, não se exclui a legitimidade extraordinária do Ministério Público para requerer a dissolução judicial de sociedade civil quando presente interesse público ou social relevante, ilicitude do objeto social ou desvio de finalidade, nos termos de suas atribuições constitucionais.

Nessas hipóteses, ainda que o Ministério Público não figure entre os legitimados expressamente indicados no dispositivo, o procedimento previsto nos arts. 599 a 609 do Código de Processo Civil de 2015 aplica-se de forma subsidiária, especialmente no que concerne à decretação da dissolução, à liquidação patrimonial e à apuração de haveres, em consonância com uma interpretação sistemática e teleológica do ordenamento jurídico. Tal compreensão prestigia a função institucional do Ministério Público e evita a criação de lacunas procedimentais na tutela de interesses coletivos sensíveis. Ressalte-se que, embora o Código de Processo Civil de 2015 utilize a expressão “dissolução parcial de sociedade”, o procedimento nele previsto é compatível, por analogia e aplicação subsidiária, com hipóteses de dissolução total de associações e fundações, quando determinada por ilicitude do objeto ou desvio de finalidade.

Portanto, a dissolução das CTs que violam direitos humanos não fere a liberdade de associação, mas decorre de restrição legítima, prevista expressamente no ordenamento jurídico. O Decreto-Lei nº 41/1966 é central nesse contexto, pois confere legitimidade e procedimento para que o Ministério Público atue diretamente na proteção dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Tal atuação reafirma o papel do MP como garantidor da efetividade dos direitos fundamentais, em especial à saúde, liberdade e dignidade das pessoas

Art. 606. Em caso de omissão do contrato social, o juiz definirá, como critério de apuração de haveres, o valor patrimonial apurado em balanço de determinação, tomando-se por referência a data da resolução e avaliando-se bens e direitos do ativo, tangíveis e intangíveis, a preço de saída, além do passivo também a ser apurado de igual forma.

Parágrafo único. Em todos os casos em que seja necessária a realização de perícia, a nomeação do perito recairá preferencialmente sobre especialista em avaliação de sociedades.

Art. 607. A data da resolução e o critério de apuração de haveres podem ser revistos pelo juiz, a pedido da parte, a qualquer tempo antes do início da perícia.

Art. 608. Até a data da resolução, integram o valor devido ao ex-sócio, ao espólio ou aos sucessores a participação nos lucros ou os juros sobre o capital próprio declarados pela sociedade e, se for o caso, a remuneração como administrador.

Parágrafo único. Após a data da resolução, o ex-sócio, o espólio ou os sucessores terão direito apenas à correção monetária dos valores apurados e aos juros contratuais ou legais.

Art. 609. Uma vez apurados, os haveres do sócio retirante serão pagos conforme disciplinar o contrato social e, no silêncio deste, nos termos do § 2º do art. 1.031 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil) .”.

com sofrimento mental, consolidando o alinhamento do país à Reforma Psiquiátrica e aos tratados internacionais de direitos humanos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, observa-se que a política de saúde mental no Brasil percorreu um caminho marcado por profundas transformações, passando de um modelo manicomial excludente e violador de direitos, para uma proposta reformista orientada pela dignidade da pessoa humana, pela desinstitucionalização e pela inserção social do indivíduo. A Reforma Psiquiátrica, consolidada juridicamente especialmente pela Lei nº 10.216/2001, representou um marco na proteção dos direitos das pessoas com sofrimento mental, ao redirecionar o cuidado para serviços comunitários e extra-hospitalares.

Como visto, a redefinição do modelo da RAPS em 2017, divergiu dos fundamentos da Lei nº 10.216/2001, na medida que, propiciavam modelos de práticas com características asilares, configurando potencial violação ao princípio da dignidade da pessoa humana, no contexto da Contrarreforma. Isso porque, as alterações se contrapunham à luta antimanicomial e à vedação de internações de pessoas com sofrimento mental em instituições com características asilares previstas na Lei nº 10.216/2001. Desse modo, é importante destacar que os retrocessos nos avanços dos ideais da Reforma Psiquiátrica estão ligados a Contrarreforma psiquiátrica.

Apesar disso, a revogação da Portaria nº 3.588/2017 e a recomposição do custeio federal dos CAPS indicam um movimento de retomada dos princípios da Reforma Psiquiátrica e de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. Por outro lado, observa-se paralelamente um favorecimento das CTs por meio da destinação de recursos públicos e da concessão de imunidade tributária, apesar de tais instituições não integrarem o SUS nem o SUAS.

Embora formalmente apresentadas como complementares aos CAPS, o financiamento das CTs expressa uma opção política que tensiona os fundamentos da Reforma Psiquiátrica ao sustentar práticas frequentemente dissociadas da lógica territorial, comunitária e da garantia de direitos humanos, como apontado nos relatórios analisados neste trabalho, impactando diretamente o modelo de cuidado adotado e a efetivação dos direitos das pessoas com sofrimento mental.

Ao analisar a forma de cuidado da saúde mental adotada pelos CAPS concluiu-se que os CAPS desempenham um papel importante na Política Nacional de Saúde Mental como instrumentos essenciais de efetivação dos direitos humanos das pessoas com sofrimento mental, ao priorizarem o cuidado em liberdade, a desinstitucionalização e o respeito à dignidade da pessoa humana. Embora tenham enfrentado um período de estagnação em sua

expansão, observa-se a retomada do fomento a esse modelo assistencial, persistindo, contudo, desafios estruturais e normativos, especialmente no que se refere à integração em rede com outros serviços e às controvérsias relacionadas à modalidade CAPS AD IV.

Portanto, de modo geral os CAPS configuram-se como espaços que efetivamente promovem os direitos humanos, na medida em que proporcionam cuidados individualizados e comunitários, respeitando a dignidade da pessoa humana e garantindo a participação social e terapêutica do usuário. Ainda que enfrentem desafios estruturais, como limitações relacionadas ao critério populacional para a implementação de determinadas modalidades e a ausência de funcionamento ininterrupto em parte das unidades.

Por outro lado, ao analisar a forma de cuidado da saúde mental adotada pelas CTs observou-se que as CTs reproduzem práticas marcadas pela institucionalização, pela abstinência compulsória e por violações sistemáticas aos direitos humanos. Essas instituições embora atendam pessoas com sofrimento mental decorrentes da dependência química ou alcoólica não são incorporadas às políticas públicas de saúde mental. Ademais, pelo resultado da pesquisa nota-se que apesar de serem financiadas com recursos estatais, sua estrutura, funcionamento e práticas se mostram no geral incompatíveis com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com a garantia dos direitos humanos.

Ao reproduzirem características asilares expressamente vedadas pela Lei nº 10.216/2001 e pela Lei nº 13.840/2019, de privação de liberdade e de violação da dignidade humana, as CTs configuram-se não como dispositivos de cuidado, mas como espaços de reprodução de violências institucionais, em frontal desconformidade com a Lei nº 10.216/2001. Logo, as constatações apresentadas evidenciam que as CTs, nem sempre atuam como garantidoras dos direitos humanos em razão da saúde mental.

Entre as violações constatadas, destacam-se: internações involuntárias, restrição à liberdade de circulação e comunicação, uso indiscriminado de contenção química, trabalho forçado, intolerância religiosa e ausência de projetos terapêuticos individualizados. Tais práticas evidenciam a incompatibilidade dessas instituições com a garantia da dignidade da pessoa humana com sofrimento mental.

Dessa forma, a análise confirma a hipótese inicial mostrando que embora CAPS e CTs sejam apresentados normativamente como serviços complementares, os CAPS garantem de maneira mais adequada os direitos humanos em razão da saúde mental, ao passo que as CTs, conforme evidenciado pelos relatórios e estudos examinados, têm operado de forma recorrente como espaços de violação de direitos, muitas vezes financiadas pelo próprio Estado.

No que se refere às contribuições deste trabalho, destaca-se a organização e análise crítica das normas, da doutrina e das ações institucionais sobre saúde mental e direitos humanos. O estudo oferece base teórica para compreender as diferenças estruturais e de funcionamento entre os CAPS e as CTs, além de contribuir para o debate jurídico sobre a proteção da dignidade das pessoas com sofrimento mental.

Quanto às limitações da pesquisa, ressalta-se que o estudo se restringiu à análise bibliográfica e documental, não sendo possível a realização de pesquisa de campo com pessoas atendidas pelos CAPS e pelas CTs, em razão das limitações temporais inerentes a um trabalho de conclusão de curso. Nesse sentido, sugere-se que pesquisas futuras possam incluir estudos empíricos, como entrevistas e relatos de usuários desses serviços, a fim de aprofundar a compreensão sobre os impactos concretos dessas instituições na vida das pessoas assistidas.

Por fim, destaca-se a relevância da atuação do Ministério Público na defesa dos direitos humanos das pessoas com sofrimento mental. Diante da constatação de violações reiteradas em determinadas CTs, cabe ao Ministério Público intervir, fiscalizar e adotar as medidas cabíveis, inclusive promovendo a interdição e o fechamento de instituições que atuem em desacordo com a legislação e com os princípios da dignidade da pessoa humana, garantindo, assim, a efetiva proteção dos direitos fundamentais dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Rúbia Zanotelli de. **Direitos Humanos e Direitos Fundamentais: conceito, objetivo e diferença**. Revista Eletrônica do Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região, Curitiba, v. 8, n. 78, p. 22–31, 2019. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12178/159631>. Acesso em: 14 ago. 2025.

ARAGÃO, Heliandra Linhares; OLIVEIRA, Eliany Nazaré; FREITAS, Cibelly Allyne Siqueira Lima; SILVA, Maria Adelane Alves Monteiro da; ANDRADE, Carla Suyane Gomes de; VASCONCELOS, Leila Ponte. **O Projeto Terapêutico Singular de uma usuária de crack: relato de experiência**. Essentia – Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia, Sobral, v. 23, n. 1, 2022. DOI: 10.36977/ercct.v21i2.274. Disponível em: <https://observatoriodesaudemental.com.br/documents/o%20projeto%20Terap%C3%AAAutico%20singularcrack.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2026.

ARAÚJO, Claudia Lysia de Oliveira; SOUZA, Luciana Aparecida de; FARO, Ana Cristina Mancussi e. **Trajatória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. História Da Enfermagem: Revista Eletrônica (HERE), v. 1, n. 2, p. 250–262, 2010. DOI: <https://doi.org/10.51234/here.2010.v.1.214>. Disponível em: <https://periodicos.abennacional.org.br/here/article/view/214/139>. Acesso em: 12 jan. 2026.

ARAÚJO, Nívea de Azevedo; SOUSA, Sebastião Sherly Lima; ACIOLES, Marcossuel Gomes. **O Legado do Holocausto Brasileiro: padrões de internação e desumanização na saúde mental contemporânea**. Revista Formar Interdisciplinar, v. 20, n. 01, 2020. ISSN 2317-2649. Disponível em: <https://revistas.aiamis.com.br/index.php/revista-formar-interdisciplinar/article/view/92/118>. Acesso em: 5 jan. 2026.

BARBOSA, Guilherme Correa; COSTA, Tatiana Garcia da; MORENO, Vânia. **Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios**. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45–50, jan./jun. 2012. ISSN: 1984-2147. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstreams/2815df44-01c5-46dc-9b9e-df90ef96e2f5/download>. Acesso em: 3 jan. 2026.

BARROSO, Luís Roberto. **Neoconstitucionalismo e constitucionalização do direito: o triunfo tardio do direito constitucional no Brasil**. In: Revista da EMERJ, v. 9, n. 33, p. 43-92, 2006. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista33/Revista33_43.pdf. Acesso em: 8 nov. 2025.

BRANDÃO, Cláudio. **Direitos Humanos e Fundamentais em Perspectiva - 1ª Edição** 2014. Rio de Janeiro: Atlas, 2014. E-book. p.152. ISBN 9788522488339. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788522488339/>. Acesso em: 21 nov. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 nov. 2025.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 1.608, de 18 de setembro de 1939.** Código de Processo Civil. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-1608-18-setembro-1939-411638-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 19 jan. 2026.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966.** Dispõe sobre a dissolução de sociedades civis de fins assistenciais. Diário Oficial da União, Seção 1, 21 nov. 1966. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/del0041.htm. Acesso em: 19 jan. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Brasília, DF: Congresso Nacional, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 24 jun. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841.** Cria o Hospício de Pedro II, anexo ao Hospital da Santa Casa da Misericórdia, para tratamento de alienados. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/text/d82.php>. Acesso em: 2 jan. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019b.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm. Acesso em: 13 jan. 2026.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 12 fev. 2026.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, estabelece a criação de mecanismos para a inclusão social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 4 jan. 2026.

BRASIL. **Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Código Civil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 19 jan. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.** Código de Processo Civil. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13105.htm. Acesso em: 19 jan. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019a.** Altera a Lei nº 11.343/2006 e outras, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm. Acesso em: 13 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hospício**. Centro de Ciências da Saúde. [s.d.]a. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/hospicio.php>. Acesso em: 2 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hospício de Pedro II: As Origens**. Centro Cultural do Ministério da Saúde – CCMS. [s.d.]b. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/origens1.php> e <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/origens2.php>. Acesso em: 2 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual da Seleção 2025 do Novo PAC Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/manual-selecoes-2025-do-novo-pac-saude.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pagamentos e gestão dos recursos do SUS**. Portal FNS, Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: <https://portal-fns.saude.gov.br/pagamentos-e-gestao-dos-recursos-do-sus/>. Acesso em: 12 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 11 jan. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 757, de 21 de junho de 2023**. Revoga a Portaria GM/MS n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS n.º 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-757-de-21-de-junho-de-2023/view>. Acesso em: 11 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 8 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. [s.d.]c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 8 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados – 13ª edição**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/mental/publicacoes>. Acesso em: 22 jun. 2025.

CARVALHO, José Mauricio de. **A Teoria Tridimensional do Direito de Miguel Reale**. Revista Estudos Filosóficos, São João del-Rei-MG, n. 14, p. 201–212, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/estudosfilosoficos/article/view/2084/1421>. Acesso em: 8 nov. 2025.

COELHO, Thais Munique Guimarães Silva; SILVEIRA, Ricardo Wagner Machado da. **Redução de Danos no CAPSAD: impasses e perspectivas sob o ponto de vista dos familiares dos usuários.** Universidade Federal de Uberlândia, s.d. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/23550/1/ReducaoDanosCAPSAD.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2026.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS; CEBRAP. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020.** São Paulo: Conectas Direitos Humanos & Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2022. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-e-m-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2026.

CORRÊA, Luisa Motta; LIMA, Rossano Cabral. **A neoinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica: uma análise sobre o percurso de usuários de CAPS.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, n. 8, p. 1–11, 2025. ISSN 1413-8123. DOI: 10.1590/1413-81232025308.00752024. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2025.v30n8/e00752024/pt>. Acesso em: 09 jan. 2026.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da. **Franco Basaglia e a crítica das “comunidades terapêuticas” no Brasil.** 1. ed. (Coleção Comemorativa 100 anos de Franco Basaglia, v.2). São Paulo: Hucitec, p. 23, 2025. ISBN 978-85-8404-534-1.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?lang=pt>. Acesso em: 09 jan. 2026.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica.** *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 13–18, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/vndfWpJCJjWbrGzqzFgkF7p/?lang=pt>. Acesso em: 09 jul. 2025.

DE-SIMONI, Luiz Vicente. Importância e necessidade da criação de hum manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados. **Revista Médica Fluminense**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 6, set. 1839. Disponível em: <http://www.cems.saude.gov.br/hospicio/text/prmf5n6.php>. Acesso em: 30 dez. 2025.

DOMINGUES, Joelza Ester. O QUE É... Tronco (instrumento de castigo). **StudHistória**, [s.d.]. Disponível em: <https://studhistoria.com.br/qq-isso/tronco-instrumento-de-castigo/>. Acesso em: 2 jan. 2026.

FIRST, Michael B.. **Considerações gerais sobre a doença mental.** Manual MSD Versão Saúde para a Família, 2024, s.d. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-cuidados-com-a-sa%C3%BAde-mental/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-a-doen%C3%A7a-mental>. Acesso em: 13 ago. 2025.

FRENTE PARLAMENTAR MISTA DE PROMOÇÃO À SAÚDE MENTAL. **Raio-X das Comunidades Terapêuticas**. [S. l.]: Frente da Saúde Mental, s.d. Disponível em: <https://frentedasaudemental.com.br/raio-x-das-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 07 jul. 2025.

FONTELLES, Fernanda de Lima; SILVA, Roberta Barbosa da. **Reforma Psiquiátrica, luta antimanicomial e novas formas de institucionalização**. Revista Mosaico, Vassouras, v. 10, n. 2 (Suplemento 1), p. 124–131, jul./dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.21727/rm.v10i2Sup.1825>. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1825/1333>. Acesso em: 03 jan. 2026.

GAINO, Loraine Vivian; SOUZA, Jacqueline de; CIRINEU, Cleber Tiago; TULIMOSKY, Talissa Daniele. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas** (Edição Em Português), v. 14, n. 2, p. 108–116, abr./jun. 2018. DOI: [10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449](https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449). Disponível em: <https://revistas.usp.br/smad/article/view/149449/151279>. Acesso em: 26 dez. 2025.

GUERRA, Sidney. **Curso de direitos humanos**. 8. ed. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2023. E-book. p. 9. ISBN 9786553628496. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786553628496/>. Acesso em: 20 nov. 2025.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Nota Técnica Nº 21 Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Brasília, DF: Ipea, 2017. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf. Acesso em: 06 jul. 2025.

KELSEN, Hans. **Teoria Pura do Direito**. Tradução de João Baptista Machado. 6. ed., 3. tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MACHADO, Cristiani Vieira. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira: caminhos e desafios**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 3, p. 5–8, 2020. DOI: [10.1590/0103-11042020E300](https://doi.org/10.1590/0103-11042020E300). Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2020.v44nspe3/5-8/pt>. Acesso em: 03 jan. 2026.

MENDES, Kíssila Teixeira; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. **No meio da pandemia tinha uma pedra? Uma análise das políticas para a população em situação de rua no contexto pandêmico brasileiro**. Revista Encuentros Latinoamericanos, Montevideo, v. 6, p. 96–117, 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Costa-11/publication/363771627_No_meio_da_pandemia_tinha_uma_pedra_Uma_analise_das_politicas_para_a_populacao_em_situacao_de_rua_no_contexto_pandemico_brasileiro/links/632d8ea8cec0d30494b755a3/No-meio-da-pandemia-tinha-uma-pedra-Uma-analise-das-politicas-para-a-populacao-em-situacao-de-rua-no-contexto-pandemico-brasileiro.pdf. Acesso em: 06 jul. 2025.

MINAS GERAIS. Assembleia Legislativa Do Estado. **Saúde mental**. Belo Horizonte: ALMG, s.d. Disponível em: https://politicaspUBLICAS.almg.gov.br/temas/saude_mental/entenda/informacoes_gerais.html. Acesso em: 14 jan. 2026.

MNPCT; GRUPO PSICOLOGIA E LADINIDADES. **As comunidades terapêuticas em evidência: o que dizem as avaliações e fiscalizações do Estado brasileiro?** Brasília, DF: MDHC, 2025. Disponível em: https://mnpctbrasil.wordpress.com/wp-content/uploads/2025/03/cts-em-evidencia_corrigido.pdf. Acesso em: 22 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde mental**. OPAS/OMS, s.d. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental>. Acesso em: 26 dez. 2025.

PRIBERAM INFORMÁTICA, S.A. **Direito**. In: **Dicionário Priberam da Língua Portuguesa** [recurso eletrônico]. [s.l.]: Priberam Informática, [s.d.]. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/direito> Acesso em: 8 nov. 2025.

REALE, Miguel. **Lições preliminares de direito**. 25. ed., 22. tiragem. São Paulo: Saraiva, 2001. Disponível em: http://www.isepe.edu.br/images/biblioteca-online/pdf/direito/REALE_Miguel_Lies_Preliminares_de_Direito.pdf. Acesso em: 8 nov. 2025.

SANTOS, Thomas Gomes dos; ROSA, Octaviano Maria da; JOBIM, José Martins da Cruz. **Parecer da Comissão Especial da Academia Imperial de Medicina, sobre a consulta do provedor e meza da Santa Casa acerca das melhores bases higienicas para a construção de hum novo hospital, lido, discutido e aprovado na sessão geral de 18 de outubro de 1838**. Revista Médica Fluminense, Rio de Janeiro, ano 5, n. 10, 1840. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/text/prelatsalubre.php>. Acesso em: 30 de dez. 2025.

SERAFIM, Antonio de P.; ROCCA, Cristiana Castanho de A.; GONÇALVES, Priscila D. **Intervenções neuropsicológicas em saúde mental**. Barueri: Manole, 2020. E-book. p.2. ISBN 9788520458044. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520458044/>. Acesso em: 13 ago. 2025.

SOUSA, Hélio Erikson Fontes de. A reforma psiquiátrica e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial brasileiros: um rápido mergulho através da história. **Ideias & Inovação**, Aracaju, v. 5, n. 3, p. 45–52, jun. 2020. ISSN Impresso: 2316-1299, E-ISSN 2316-3127. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/ideiaseinovacao/article/view/7599/4033>. Acesso em: 09 jan. 2026.

SOUZA, Iara Antunes de. **Estatuto da pessoa com deficiência ciência: curatela e saúde mental – Conforme a Lei: 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência / 13.105/2015 – Novo Código de Processo Civil**. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2016. ISBN: 978-85-8425-302-9.

THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. **Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária**. Barueri: Manole, 2010. E-book. p.6. ISBN 9788520442944. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520442944/>. Acesso em: 23 dez. 2025.