



MPPB

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA PARAÍBA

NOTA TÉCNICA CONJUNTA ORIENTATIVA Nº 01/2023

OBJETO: Esclarecimentos sobre as internações psiquiátricas de dependentes químicos e sobre comunidades terapêuticas.

1. INTERNAÇÕES VOLUNTÁRIAS, INVOLUNTÁRIAS E COMPULSÓRIAS

1.1 Da excepcionalidade das internações psiquiátricas

De acordo com a Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental, a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (art. 4º, *caput*). Conforme a referida lei, a internação psiquiátrica deve ocorrer mediante existência de laudo médico circunstanciado que explicita os seus motivos, classificando-se em três tipos: I) internação voluntária: com consentimento do usuário; II) internação involuntária: sem consentimento do usuário e a pedido de terceiros; III) internação compulsória: determinada pela justiça (art. 6º¹).

Por sua vez, Lei Federal nº 11.343/06, alterada pela Lei Federal nº 13.840/2019, prevê expressamente, em seu art. 23-A, *caput*, a prioridade do tratamento ambulatorial para o usuário ou dependente de drogas, destacando a excepcionalidade das formas de internação, só admitida quanto os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficiente, senão vejamos:

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: (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019)

¹ “Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça” (Lei Federal nº 10.216/2001).

I - articular a atenção com ações preventivas que atinjam toda a população; (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019)

II - orientar-se por protocolos técnicos predefinidos, baseados em evidências científicas, oferecendo atendimento individualizado ao usuário ou dependente de drogas com abordagem preventiva e, sempre que indicado, ambulatorial (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019)

III - preparar para a reinserção social e econômica, respeitando as habilidades e projetos individuais por meio de programas que articulem educação, capacitação para o trabalho, esporte, cultura e acompanhamento individualizado; e (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019)

IV - acompanhar os resultados pelo SUS, Suas e Sisnad, de forma articulada. (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019)

Já em seu art. 23-A, §2º, estabelece que as internações serão realizadas somente em unidades de saúde e hospitais gerais, dotadas de equipes multidisciplinares e serão autorizadas por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde o estabelecimento de saúde esteja localizado.

No mesmo norte, a Portaria nº 2.048/2009, do Ministério da Saúde, disciplinando a Lei Federal nº 10.216/2010, prevê:

Art. 421. Os estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde, deverão observar o disposto neste Regulamento para efetuarem as internações psiquiátricas voluntárias ou involuntárias, conforme o disposto na Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Art. 422. A internação psiquiátrica deverá ocorrer somente após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e após esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível.

1.2 Das modalidades de internação

1.2.1 Internação voluntária

A internação voluntária, como o próprio nome diz, é aquela realizada com o consentimento do dependente químico, que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, o qual deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento, tal como dispõe o art. 7º, *caput*, da Lei Federal nº 10.216/2001. Conforme o parágrafo único do mencionado dispositivo legal, o término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Ainda de acordo com o art. 8º da lei federal em tela, a internação voluntária, assim como a involuntária, somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

No mesmo norte, a Lei Federal nº 11.343/2006 prevê no seu art. 23-A, §4º:

Art. 23-A (...)

§ 4º A internação voluntária: [\(Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019\)](#)

I - deverá ser precedida de declaração escrita da pessoa solicitante de que optou por este regime de tratamento; [\(Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019\)](#)

II - seu término dar-se-á por determinação do médico responsável ou por solicitação escrita da pessoa que deseja interromper o tratamento. [\(Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019\)](#)

1.2.2 Internação involuntária

Internação involuntária é aquela que se dá sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do SISNAD, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida (art. 23-A, §3º, II, da Lei Federal nº 11.343/2006).

De acordo com o art. 23-A, §5º, da Lei Federal nº 11.343/2006, a internação involuntária necessita atender aos seguintes requisitos: a) **deve ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável**; b) será indicada depois da avaliação sobre o tipo de droga utilizada, o padrão de uso e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde; c) **perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável**; d) a família ou o representante legal poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento.

A internação involuntária, assim como a voluntária que se torna involuntária, **deverá ser comunicada ao Ministério Público Estadual, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta (art. 8º, §1º, da Lei Federal nº 10.216/2001 e art. 23-A, §7º da Lei Federal nº 11.343/2006).**

Regulamentando a matéria, a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.048/2009, Anexo I, assim dispõe:

Art. 425. A Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária deverá ser feita, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, às instâncias referidas no artigo anterior, observado o sigilo das informações, em formulário próprio - Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, constante do Anexo LIV a este Regulamento - que deverá conter laudo de médico especialista pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento de saúde responsável pela internação.

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

- I- identificação do estabelecimento de saúde;
- II- identificação do médico que autorizou a internação;
- III- identificação do usuário e do seu responsável e contatos da família;
- IV- caracterização da internação como voluntária ou involuntária;
- V- motivo e justificativa da internação;
- VI- descrição dos motivos de discordância do usuário sobre sua internação;
- VII- CID;
- VIII- informações ou dados do usuário, pertinentes à Previdência Social, Instituto Nacional do Seguro Social – INSS;
- IX- capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é interditado ou não;
- X- informações sobre o contexto familiar do usuário; e
- XI- previsão estimada do tempo de internação.

Art. 426. Ao Ministério Público caberá o registro da notificação das Internações Psiquiátricas Involuntárias - IPI, bem como das voluntárias que se tornam involuntárias - IPVI -, para controle e acompanhamento destas até a alta do paciente. (Grifo nosso).

1.2.3 Internação compulsória

De acordo com a Lei Federal nº 10.216/2001, a internação compulsória é aquela determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (art. 9º).

Sobre o tema, há os seguintes enunciados do Conselho Nacional de Justiça:

ENUNCIADO Nº 01 A tutela individual para internação de pacientes psiquiátricos ou em situação de drogadição ocorrerá pelo menor tempo possível, sob estrito critério médico. As decisões que imponham tal obrigação devem determinar que seus efeitos cessarão no momento da alta concedida pelo médico que atende o paciente na respectiva instituição de saúde, devendo o fato ser imediatamente comunicado pelo prestador do serviço ao Juízo competente. (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

ENUNCIADO Nº 116 O pedido de internação compulsória somente será apreciado mediante comprovação de esgotamento de outros recursos com possibilidades de tratamento. A comprovação deverá ser feita por meio de laudo firmado por médico, com base em relatórios ou outros documentos indicando que os recursos extra-hospitalares foram manejados sem sucesso (Enunciado aprovado na VI Jornada de Direito da Saúde – 15.06.2023)

1.2.4 Internação voluntária que se torna involuntária

A Lei Federal nº 10.216/2001 prevê apenas três modalidades de internação: voluntária; involuntária e compulsória. Entretanto, a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.048/2009, no seu Anexo I, art. 423, III e § 3º, estabelece uma quarta modalidade de internação: a voluntária que se torna involuntária, quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação.

Art. 426. Ao Ministério Público caberá o registro da notificação das Internações Psiquiátricas Involuntárias - IPI, bem como das voluntárias que se tornam involuntárias - IPVI -, para controle e acompanhamento destas até a alta do paciente.

2. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinada às pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental e com **necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde**, é disciplinada pelo Anexo V da Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 03/2017. Essa tem por norte a Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (Lei da Reforma Psiquiátrica).

Conforme o art. 3º da mencionada portaria, são objetivos gerais da RAPS: a) ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; b) promover o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e c) garantir a articulação e

integração dos pontos de atenção das Redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Já os objetivos específicos são elencados no art. 4º, que assim dispõe: a) promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); b) prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; c) reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; d) promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; e) promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; f) desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; g) produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e seus familiares, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; h) regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais de seus pontos de atenção; e i) monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

O art. 5º do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03/2017/MS, com acréscimos feitos pela Portaria nº 3.588/GM/MS/2017, relaciona os seguintes serviços e equipamentos que compõem a RAPS:

- Unidades Básicas de Saúde: a) equipes de Atenção Básica; b) equipes de Atenção Básica para populações específicas: equipe de Consultório na Rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF;
- Centros de Convivência e Cultural;
- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades;
- SAMU 192;
- Sala de Estabilização;
- UPA 24 horas;
- Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral;
- Leitos de psiquiatria em hospital geral;
- Leitos de psiquiatria em hospitais especializados;
- Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou

familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses;

- Serviços de Atenção em Regime Residencial: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Dentre eles, enquadram-se as comunidades terapêuticas, como veremos em item específico;
- Serviços de Residência Terapêutica (SRT): moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

No tocante aos Centros de Atenção Psicossocial, principais equipamentos da RAPS, cuidam-se de serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe multiprofissional. Esses atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam, prioritariamente, atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (art. 7º, §1º, do Anexo V, da Portaria de Consolidação nº 03/2017/MS).

A pessoa atendida pelo CAPS é acolhida e participa da elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), específico para as suas necessidades e demandas.

Os CAPS estão organizados nas seguintes modalidades:

- **CAPS I:** atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e usuários com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias sendo indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;
- **CAPS II:** atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;
- **CAPS III:** atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;
- **CAPS AD:** atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental

aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

- **CAPS AD III:** atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;
- **CAPS AD IV:** atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação²;
- **CAPS Infantojuvenil (CAPSi):** atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

É certo que os requisitos necessários para instalação e funcionamento de cada modalidade de CAPS estão previstos, de forma detalhada, nos artigos 20 a 37 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03/2017/MS, bem como na Portaria nº 3.588/GM/MS/2017, que, dentre outras medidas, criou o CAPS AD IV. De outra via, o mencionado ato normativo estabeleceu a responsabilidade dos municípios pela execução da atenção em saúde mental, cabendo à Secretaria Municipal de Saúde atuar por meio de órgão próprio executor da saúde mental ou estabelecer pactuação com outros municípios. Nessa senda, dada a importância dos CAPS para a Rede de Atenção Psicossocial, possui o Ministério Público atribuição, para exigir dos municípios sua implantação, conforme o número de habitantes, e sua devida estruturação, inclusive através de corpo técnico adequado e elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário.

3. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Entende-se por comunidades terapêuticas, as entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizam gratuitamente o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do

² Previsto na [Portaria nº 3.588/GM/MS, de 21 de dezembro de 2017](#), que alterou a Portaria de Consolidação nº 03/2017/MS.

uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime residencial transitório e de caráter voluntário³.

Na publicação “Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras” do IPEA (Nota Técnica 21/17), essas entidades são assim compreendidas:

*“As CTs representam um entre vários modelos de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ou drogas), presentes no Brasil e em outros países. Desenvolvidas e disseminadas a partir de iniciativas não governamentais, estas **instituições se organizam em residências coletivas temporárias, onde ingressam pessoas que fazem uso problemático de drogas, que ali permanecem, por certo tempo, isolados de suas relações sociais prévias, com o propósito de renunciarem definitivamente ao uso de drogas e adotarem novos estilos de vida, pautados na abstinência de SPAs***⁴. Durante sua permanência nas CTs, estas pessoas submetem-se a uma rotina disciplinada, que abrange atividades de trabalho e práticas espirituais e/ou religiosas, além de terapias psicológicas, reuniões de grupo de ajuda mútua, entre outras, dependendo dos recursos financeiros e humanos à disposição de cada CT. O modelo de cuidado proposto pelas CTs ancora-se em três pilares – a saber, trabalho, disciplina e espiritualidade –, combinando saberes técnico-científicos (médicos, psicológicos e socioassistenciais) com práticas espirituais. O exercício do trabalho é entendido como terapêutico (laborterapia), consistindo tanto das tarefas de manutenção da própria comunidade, como de atividades produtivas e de geração de renda. Dele espera-se o benefício da aquisição de autodisciplina e autocontrole, disposições entendidas como ausentes entre as pessoas que fazem uso problemático de SPAs, mas necessárias para o seu sucesso na vida social. As práticas espirituais, por sua vez – levadas a efeito com ou sem o apoio de igrejas e organizações religiosas –, buscam promover a fé dos internos em um ser ou instância superior, vista como recurso indispensável, seja para o apaziguamento das dores e sofrimentos dos indivíduos, seja para o seu enquadramento moral.

Na maior parte das CTs pesquisadas, o trabalho espiritual ancora-se em doutrinas religiosas, especialmente as de tradição cristã; mas pode prescindir delas. Como será visto adiante, mesmo as CTs que se declaram desvinculadas de igrejas ou organizações religiosas atribuem centralidade ao cultivo da espiritualidade, como via de superação da chamada drogadição.

*Outro elemento essencial ao modelo das CTs é a **convivência entre pares**, isto é, a convivência entre os diversos residentes, orientada pelas rotinas e*

³ Capturado aos 06/06/2023, in: [https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-comunidades-terapeuticas#:~:text=Entende%2Dse%20por%20Comunidades%20Terap%C3%AAuticas,car%C3%A1ter%20exclusivamente%20volunt%C3%A1rio%20\(espont%C3%A2neo\).](https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-comunidades-terapeuticas#:~:text=Entende%2Dse%20por%20Comunidades%20Terap%C3%AAuticas,car%C3%A1ter%20exclusivamente%20volunt%C3%A1rio%20(espont%C3%A2neo).)

⁴ Substâncias psicoativas.

práticas terapêuticas determinadas pela instituição. Acredita-se que o compartilhamento das experiências individuais, e dos sofrimentos delas decorrentes, constituam uma plataforma comum de aprendizado e reorientação individual, em direção a uma vida sem drogas; e que o sucesso de uns estimule os demais. A exemplaridade exercida por aqueles que, submetidos ao programa terapêutico, tenham alcançado a abstinência, é parte essencial do modelo, funcionando como evidência de sua viabilidade e confiabilidade. Para tanto, as CTs hierarquizam os residentes segundo graduações, que são obtidas conforme se dê o alcance, por eles, das metas de reabilitação propostas pela instituição; e assim, ex-residentes, bem como residentes mais antigos, que tenham cumprido algumas das metas terapêuticas, credenciam-se como monitores e coordenadores dos novos ingressantes, com funções de suporte e vigilância sobre estes"⁵ (Grifos nossos).

As comunidades terapêuticas são previstas na Lei Federal nº 11.343/2006, que assim dispõe:

Art. 26-A. O acolhimento do usuário ou dependente de drogas na **comunidade terapêutica acolhedora** caracteriza-se por: (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019)

I- oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência; (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019)

II- **adesão e permanência voluntária**, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas; (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019)

III- ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal, vocacionada para acolhimento ao usuário ou dependente de drogas em vulnerabilidade social; (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019)

IV- **avaliação médica prévia**; (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019)

V- elaboração de plano individual de atendimento na forma do art. 23-B desta Lei; e (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019)

VI- vedação de isolamento físico do usuário ou dependente de drogas. (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019)

§ 1º Não são elegíveis para o acolhimento as pessoas com comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave que mereçam atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência, caso em que deverão ser encaminhadas à rede de saúde. (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019) (grifos nossos)

5 Capturado aos 24/06/2023 in: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf

Na mesma linha, são disciplinadas na Resolução nº 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD, que prevê:

Art. 2º As entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, são pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, que apresentam as seguintes características:

I- adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como uma etapa transitória para a reinserção sociofamiliar e econômica do acolhido;

II- ambiente residencial, de caráter transitório, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares;

III- programa de acolhimento;

IV- oferta de atividades previstas no programa de acolhimento da entidade, conforme previsão contida no art. 12; e

V - promoção do desenvolvimento pessoal, focado no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa. (Grifo nosso)

Essas instituições, conforme o estabelece o art. 9, II, Anexo V, da Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 03/2017, **enquadram-se no conceito de ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):**

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Residencial de Caráter Transitório os seguintes serviços: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º)

(...)

*II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais **Comunidades Terapêuticas**: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de **caráter residencial transitório por até nove meses** para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, II). (Grifo nosso).*

Não obstante, tais instituições **não prestam serviços de saúde**, devendo agir articuladamente com a Rede de Atenção Psicossocial de sua localidade, a qual, por seu turno, é quem conduzirá o tratamento de saúde do usuário.

Por conseguinte, **por não se tratarem de estabelecimentos de saúde, nas comunidades terapêuticas, não pode haver prescrições médicas e nem internações involuntárias ou compulsórias.**

Com efeito, nesse último aspecto, a Lei Federal nº 11.303/2003 é expressa, quando diz que “a internação de dependentes de drogas somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação” (art. 23-A, §2º).

Outrossim, sobre o tema, a Resolução nº 2.056/2013 do Conselho Federal de Medicina (CFM) esclarece:

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

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

Portanto, as autodeclaradas comunidades terapêuticas que realizem internações involuntárias e compulsórias **precisam estar dotadas das mesmas condições dos estabelecimentos hospitalares, ou seja, devem dispor de plantão médico presencial, durante todo o horário de funcionamento, e de equipe completa de pessoal.**

Nessa senda, a Resolução nº 01/2015, CONAD, prevê que as “entidades que oferecerem serviços assistenciais de saúde ou executarem **procedimentos de natureza clínica distintos dos serviços previstos nesta Resolução não serão consideradas comunidades terapêuticas e deverão, neste caso, observar as normas sanitárias e os protocolos relativos a estabelecimentos de saúde**” (art. 2º, §1º)⁶.

A propósito, o Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução nº 2.056/13, referindo-se às “comunidades terapêuticas de natureza médica”, para distingui-la das comunidades terapêuticas simples, acolhedoras ou propriamente dita, dispõe:

Art. 28. O tratamento dado a pacientes de serviços e estabelecimentos de internação médica deve ser regular, contínuo e abrangente, incluindo fornecimento de alimentação, medicamentos e de higiene. (...)

*§ 2º. **As comunidades terapêuticas de natureza médica deverão ser dotadas das mesmas condições que os demais estabelecimentos de hospitalização, garantindo plantão médico presencial durante todo o seu horário de funcionamento, e presença de médicos assistentes e equipe***

⁶ Grifo nosso.

completa de pessoal, de acordo com a Lei no 10.216/01, as presentes normas e o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

§ 3º. Os serviços destinados a cuidados médicos intensivos ou semi-intensivos, incluindo internações breves para desintoxicação, devem preencher os requisitos de suporte à vida, conforme definem estas normas e o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil para estabelecimentos de assistência em regime de internação, parcial ou integral, incluindo médico plantonista durante todo o seu período de funcionamento⁷.

Já a Nota Técnica CSIPS/GGTES/ ANVISA nº 02/2020 preconiza ⁸:

As Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, isto é, aquelas que utilizam, como instrumento terapêutico, a convivência entre os pares, não realizando qualquer terapêutica que dependam de profissionais de saúde, são consideradas serviços de interesse para a saúde, e não serviços de saúde. Sendo assim, conforme a RDC 29/2011, a Comunidade Terapêutica Acolhedora deve possuir um RT titular e um substituto, sendo ambos de nível superior em qualquer área de formação, mas que possua capacitação comprovada no atendimento a usuários de substâncias psicoativas. (...)

A Comunidade Terapêutica que oferece cuidados de saúde, ou seja, que também promove terapêuticas ou execute procedimentos exclusivos de categorias profissionais de saúde, deve observar além da RDC Anvisa nº 29/2011, as normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde (tais como a RDC 50/2002, RDC 63/2011, RDC 36/2013 e RDC 222/2018, ou as normas sanitárias que vierem a substituí-las). (Grifos nossos)

Por outro lado, pela natureza não-médica das comunidades terapêuticas, a Resolução RDC nº 29/2011 da ANVISA veda que possuam estoque de medicamentos sem prescrição médica e ainda exige a existência de responsável técnico com nível superior legalmente habilitado, com responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes prescritos pela rede pública ou privada de saúde.

4. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E DESAFIOS PRÁTICOS

7 Na mesma linha, a Nota Técnica nº 01/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária preconiza: Uma vez que a normativa-RDC nº 29/11 é aplicada pela autoridade sanitária de estados e municípios, esta deve considerar que tais instituições têm caráter social, não se tratando de estabelecimento de saúde e, por consequência, em geral, não devem seguir os rigores da legislação sanitária que é aplicada a clínicas e hospitais, por exemplo. **Somente nos casos em que houver prestação de “serviços assistenciais de saúde” ou execução de “procedimentos de natureza clínica”, conforme prevê o parágrafo único do art. 2º da norma, deve-se, cumulativamente, aplicar os requisitos específicos de estabelecimentos de saúde.** (Grifo nosso) Capturado aos 06/06/2023, in: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/5906701/Nota+T%C3%A9cnica+n%C2%BA+1_2011/339986cd-3e8d-475a-b448-2469347a1763

8 Capturado aos 06/06/2023, in: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/5906701/NOTA+T%C3%A9cnica+CSIPS+SOBRE+COMUNIDADES+TERAP%C3%A9uticas+ACOLHEDORAS_vers%C3%A3o+final/f9c8ccad-fbf5-4baa-b098-52c0c56e14a6#:~:text=RDC%20N%C2%BA%2029%2C%20de%2030%20de%20junho%20de%202011..ou%20depend%C3%Aancia%20de%20subst%C3%A2ncias%20psicoativas.

As fiscalizações realizadas, em todo o país, nas comunidades terapêuticas, revelam a ocorrência de várias irregularidades. Em 2017, em Inspeção Nacional de Comunidades Terapêuticas, que contou com participação do Conselho Federal de Psicologia, do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal, foram inspecionados 28 (vinte e oito) estabelecimentos e “em todos, há de se frisar, foram identificadas práticas que configuram violações de direitos humanos”⁹.

Destacam-se aqui as irregularidades usualmente encontradas:

- ➔ Instituições de caráter asilar, situadas em locais de difícil acesso e com a presença de muros, grades, portões e, em alguns casos, vigilantes;
- ➔ Presença de residentes oriundos de internações compulsórias;
- ➔ Presença de internações involuntárias, inclusive sem laudo médico e sem comunicação ao Ministério Público, no prazo legal de 72 horas, e mediante a prática de “resgate do paciente”¹⁰, o que pode configurar os **crimes de sequestro e cárcere privado (art. 148 do Código Penal)**;
- ➔ Presença de internações voluntárias que se tornaram involuntárias, sem que houvesse o desligamento do usuário por questões contratuais ou por pressão de familiares, o que pode configurar **crime de cárcere privado (art. 148 do Código Penal)**;
- ➔ Presença de internações voluntárias ultrapassando o prazo de 09 (nove) meses, previsto no art. 9º, II, Anexo I, da Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 03/2017;
- ➔ Prática de “resgate” ou “remoção”, que consiste no internamento forçado por meio de uma equipe que vai à residência da pessoa e a imobiliza, fazendo uso tanto de violência física quanto de contenção química;
- ➔ Presença de pessoas com transtornos mentais, pessoas idosas e pessoas que estavam em situação de rua, com permanência não necessariamente relacionada ao uso de drogas;
- ➔ Presença de adolescentes;
- ➔ Prestação de serviços, inclusive internações compulsórias, involuntárias e prescrições médicas, sem que a entidade se enquadre no conceito de estabelecimento de saúde;
- ➔ Presença de estoques de medicamento sem prescrição médica;
- ➔ Ausência de projeto terapêutico singular;

9 Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacionalem-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>

10 “Nove das comunidades terapêuticas inspecionadas admitem a prática do “resgate” ou “remoção”, que consiste no internamento forçado por meio de “ 118 uma equipe que vai à residência da pessoa e a imobiliza, fazendo uso tanto de violência física quanto de contenção química. O ‘resgate’ pode ser contratado junto à CT como um serviço extra, por um familiar da pessoa a ser internada” (Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacionalem-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>).

- ➔ Falta de interlocução com a Rede de Atenção Psicossocial;
- ➔ Uso de mão de obra interna não remunerada¹¹;
- ➔ Violação da liberdade religiosa;
- ➔ Adoção de punições e castigos mediante transgressão de regras instituídas pela própria comunidade, incluindo castigos físicos, isolamentos, subtração do acesso dos meios de comunicação e contenções medicamentosas¹², **o que pode configurar crime de maus-tratos (art. 136 do Código Penal) ou tortura (Lei Federal nº 9.455/97)**;
- ➔ Retenção de documentos e pertences de usuários, assim como de cartões bancários ou para o acesso a benefícios previdenciários;
- ➔ Visitas monitoradas, quando permitidas, e, em algumas entidades, mediante pagamento de taxa extra.

5. FINANCIAMENTO

Tendo em vista que se desenvolveram e disseminaram a partir de iniciativas não governamentais, historicamente as comunidades terapêuticas no Brasil custeiam suas atividades por diferentes iniciativas de financiamento, sendo tanto **privadas** quanto **públicas**.

No custeio pela **iniciativa privada**, de modo geral, as comunidades terapêuticas angariam recursos por meio de doações voluntárias de pessoas que apoiam sua causa, de igrejas e de outras instituições religiosas, sendo os alimentos, roupas e produtos de limpeza e higiene os insumos mais comumente recebidos. Também são comuns os pedidos de contribuições voluntárias dos(as) acolhidos(as) ou de suas famílias, a realização de atividades beneficentes e as vendas de produtos fabricados em seu interior.

Os meios de **financiamento público** também são diversos, sob forma indireta e direta. O **repasso indireto** ocorre por meio de subvenções públicas para as comunidades terapêuticas certificadas como serviços de interesse público, que as isentam de pagamento de diversos tributos. As certificações de serviços de interesse público são concedidas pelos poderes legislativos e executivos das três instâncias federativas e dos Conselhos de políticas públicas. Dentre

11 "O conjunto de informações coletadas pela Inspeção Nacional indica que, da maneira como vem sendo utilizada por muitas comunidades terapêuticas, a chamada "laborterapia" encobre práticas de trabalho forçado e em condições degradantes – práticas que trazem fortes indícios de crime análogo à escravidão. Muitos relatos apontaram, inclusive, o uso de castigos e punições aos internos que se recusam a realizar tais atividades. Também pareceu evidente às equipes de inspeção que o uso da "laborterapia" busca, ainda, substituir a contratação de profissionais pelo uso de mão de obra dos internos – sem remuneração ou qualquer garantia trabalhista, em uma lógica de maximização do lucro" (Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas.- 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília-DF: CFP, 2018, p.16).

12 "Observamos um quarto com janela e porta gradeados, em significativo contraste com os demais, não gradeados. Perguntado sobre o motivo das grades, informou tratar-se de um quarto destinado aos internos que possuem esquizofrenia ou que apresentam resistência ao tratamento e tentam fugir. (PB 02 – AMA – Conde) (Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas.- 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília-DF: CFP, 2018, p.115-116).

as certificações, destacam-se (1) a Declaração de Utilidade Pública Municipal (concedida pelas câmaras municipais); (2) a Declaração de Utilidade Pública Estadual (concedida pelas assembleias legislativas estaduais); (3) a Declaração de Utilidade Pública Federal (concedida pela Câmara dos Deputados); (4) o Certificado de Entidade Brasileira de Assistência Social – Cebas (concedido pelos Conselhos Municipais de Assistência Social); e (5) o Cebas - Saúde (obtida junto ao SUS).

As comunidades terapêuticas foram inseridas normativamente na RAPS em 2011, o que as permitiu receber recursos públicos no âmbito do SUS, caso atendidos os requisitos normativos para seu funcionamento, previstos na legislação de referência. Vale registrar, todavia, que não se tem conhecimento de nenhuma comunidade terapêutica que tenha sido financiada diretamente pelo SUS, com base em editais lançados para este fim, até os dias de hoje.

Contudo, apesar da oposição ao financiamento público das comunidades terapêuticas por autoridades, profissionais e movimentos sociais, alinhados ao modelo preconizado pela reforma psiquiátrica, **o aporte de recursos públicos a elas é comum (fora do SUS e sem a devida consideração da adequação plena de seu funcionamento)**, por parte de governos estaduais e municipais em todo país, além da União, principalmente por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

A partir de 2011, por força do plano “Crack: É Possível Vencer”, o financiamento público das comunidades terapêuticas pela União ganhou força política. O governo federal, através da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça e Segurança Pública, publicou 04 (quatro) Editais de Chamamento Público, para habilitação e financiamento de serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, em regime residencial e transitório, em comunidades terapêuticas.

Destaca-se, nos referidos editais da SENAD, o estabelecimento de um modelo de contratação das comunidades terapêuticas com menor burocracia e através de procedimento de inexigibilidade de licitação. Tal iniciativa reafirma o entendimento do caráter institucional da comunidade terapêutica como serviço complementar de saúde, com fundamento no inciso XIV do art.16 da Lei nº 8.080/90, que prevê a participação complementar da iniciativa privada na execução de serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS.

Convém aqui ressaltar que inexistia na Lei nº 8.666/1993 dispositivo específico que trate sobre o **sistema do credenciamento**. A regra para a Administração Pública contratar serviços, realizar compras, obras e alienações é a de que tais contratos sejam precedidos de procedimento licitatório, a teor do que dispõe o Art. 37, XXI da Constituição da República. A figura atípica do credenciamento ganhou força com as várias orientações dos Tribunais de Contas e veio ser prevista expressamente na legislação após o advento da nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos – Lei nº 14.133/2021 (art. 79), enquanto um procedimento auxiliar de contratação.

De modo geral, os editais de chamamento público para a contratação de serviços de comunidades terapêuticas, pelos três entes federativos, afirmam que as entidades precisam atender às exigências legais estabelecidas como condições de funcionamento, além de outras condições específicas estabelecidas em cada edital, e são comumente organizados em duas etapas:

1ª Etapa: habilitação e pré-qualificação, que corresponde à verificação da regularidade jurídica, qualificação técnica, qualificação econômico-financeira, regularidade fiscal e trabalhista das entidades; além da verificação de qualidade para atendimento da demanda.

2ª Etapa: celebração de contrato com as entidades (habilitadas e pré-qualificadas); estarão credenciadas e aptas a celebrarem contrato para prestação de serviços de acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, condicionada à disponibilidade orçamentária.

Vale dizer que, mesmo ocorrendo repasse de recursos públicos para comunidades terapêuticas (direta ou indiretamente) há muito tempo, somente em 2019, com a publicação da Portaria nº 562 do Ministério da Cidadania, foi previsto um **plano de fiscalização e monitoramento** de tais entidades. Mesmo assim, até o momento, não se observam indicativos de que tal planejamento esteja efetivamente em execução.

Quando da contratação de um serviço por um ente público, é necessário que, por meio do **monitoramento contínuo**, seja comprovada a oferta de um **serviço de qualidade e alinhado aos parâmetros nacionais de garantia de direitos (sob pena de responsabilização dos gestores do ente público contratante)**.

No caso das comunidades terapêuticas, posto que esta unidade está inserida no âmbito da RAPS, espera-se que cumpram os mesmos critérios de qualidade dos demais equipamentos desta rede, incluindo a promoção e a garantia de direitos da população abrangida pela política social. Nesse norte, **é demasiadamente importante que o poder público seja responsável pelo monitoramento dessas unidades em relação à sua qualidade e à situação de garantia de direitos**. Isso se torna ainda mais necessário, para além da legitimidade e eficiência da despesa pública, porque em relação às comunidades terapêuticas há recorrentes denúncias de violações de direitos, e essa situação se mantém ao longo do tempo. Além de monitorar as condições em que se dá o repasse e a utilização destes recursos, convém problematizar a pertinência do cofinanciamento público a estas instituições. O financiamento público a entidades privadas prestadoras de serviços **deve ocorrer apenas de forma suplementar**, quando a existência de um planejamento de gestão indicar ser relevante e necessário potencializar as redes públicas de atendimento. **Não é adequado que este tipo de financiamento ocorra sem prévio planejamento, muito menos em substituição aos investimentos diretos na rede pública.**

6. AMBIENTE E METODOLOGIA ADOTADOS INCOMPATÍVEIS COM O DIREITO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.

A Constituição Federal (CF/1988), em seu art. 227, *caput*, prescreve que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, texto que foi praticamente reproduzido pelo art. 4º da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA).

Trata-se de um espectro de direitos fundamentais outorgados ao público infantojuvenil, como corolário da doutrina da proteção integral incorporada pelo ordenamento jurídico pátrio, verdadeira conquista destes seres humanos em condição peculiar de desenvolvimento biopsicossocial. Em que pesem todas as regulamentações acima dispostas, nunca é demais frisar que esta estrutura se insere, a título de Controle de Constitucionalidade e de Convencionalidade, numa teia de regras nacionais e internacionais que dão conta de uma sistemática em que a criança e o adolescente são sujeitos de direitos inseridos num cenário de proteção integral – Direitos Fundamentais cravados nos termos do Art. 227¹³, de nossa Norma Ápice. Esta, por sua vez, adequada à Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU), inserida na ordem interna pelo Decreto nº. 99.710/1990.

Nessa fronteira aberta da absoluta prioridade, o legislador ordinário, em sequência, reproduziu esta doutrina prevista constitucionalmente no Art. 4º¹⁴ da Lei nº 8.069/90, que também evoluiu, desde o sistema da absoluta indiferença, passando pelo sistema de mera imputação criminal, situação irregular, até o que temos hoje a título de Direitos Fundamentais outorgados ao público infantojuvenil.

À guisa dos dados históricos e da estrutura administrativa para a aplicação dos Direitos e das Garantias Fundamentais dispostos para as crianças e os adolescentes, é preocupante o crescimento, a olhos vistos, do uso indiscriminado de drogas, lícitas ou ilícitas, entre crianças e adolescente no cotidiano do país, dando conta da falha estatal na aplicação de políticas públicas que venham a barrar ou minorar esta vulnerabilidade social que aflige os infantes. Tal mazela requer medidas de prevenção, cuidado e repressão, a serem implementadas pelos entes da Federação.

Urge salientar que os **Conselhos Tutelares** – órgãos permanentes, autônomos e não jurisdicionais, compondo a sistemática administrativa municipal, encarregados pela sociedade

13 CF/1988, Art. 227: É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

14 ECA, Art. 4º, *caput*: É dever da **família**, da **comunidade**, da **sociedade em geral** e do **poder público** assegurar, com **absoluta prioridade**, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

para cuidar e fazer cumprir os Direitos Fundamentais previstos na norma estatutária, nos termos do que preceitua o art. 131¹⁵, do ECA –, integram a estrutura criada pelo legislador, para aplicação das medidas de proteção expostas nos incisos de I a VII, do Art. 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente, frente a uma situação de Risco à criança ou adolescente, nos termos do art. 98¹⁶ do ECA, atuando de maneira integrada ao que preconiza o art. 7º, VII, da Resolução nº. 113/06 do **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente** (CONANDA), que regulamenta e delibera acerca da política de atendimento no país.

Com isso, é de sua atribuição a aplicação de medidas de proteção previstas no art. 101, incisos I a VII, do diploma estatutário, dentre elas se avista a inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos (inciso VI)¹⁷.

Surge aí a necessidade de compatibilizar este dispositivo, que se vincula ao direito à saúde, com as diretrizes da política nacional sobre drogas, notadamente no que diz respeito ao usuário de substâncias psicoativas em observância às regras das políticas nacionais de saúde e de assistência social. Com a entrada em vigor das normas antimanicomiais, a partir da Lei nº 10.216/01, passou-se a garantir às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e outras necessidades decorrentes do uso drogas, lícitas ou não, no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde, tratamentos que respeitem a cidadania, a individualização e o respeito a base territorial e comunitária, fomentando o convívio familiar, através de serviços em regime residencial para àquelas pessoas com problemas decorrentes do abuso ou dependência a substâncias entorpecentes, através das Comunidades Terapêuticas.

É de bom alvitre destacar, que esses serviços (Serviços de Atenção em Regime Residencial), que são as Comunidades Terapêuticas, compõem de modo complementar a Rede de Atendimento Psicossocial – RAPS, e têm como terapêutica a convivência entre os residentes, sendo a maioria delas regida por três bases, quais sejam: **disciplina, espiritualidade e o labor como terapia**.

A despeito dos pilares das Comunidades Terapêuticas, frente à possibilidade ou não desses serviços serem utilizados contemplando as crianças e aos adolescentes, vê-se tal possibilidade em confronto com regras principiológicas do ECA, ferindo e vulnerando a iniciativa do legislador de fortalecer os vínculos familiares, nos termos do art. 100¹⁸ do mesmo dispositivo, com as

15 ECA, Art. 131. O Conselho Tutelar é **órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente**, definidos nesta Lei.

16 ECA, Art. 98. As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
II - por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;
III - em razão de sua conduta.

17 ECA, Art. 101. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98 (hipóteses de situação de risco), a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas: (...)

VI - inclusão em **programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos**;

18 ECA, Art. 100, *caput*. Na aplicação das medidas levar-se-ão em conta as necessidades pedagógicas, preferindo-se aquelas que visem ao **fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários**.

regras previstas a cuidar do público infantojuvenil, preservando Direitos Fundamentais muito caros ao nosso Ordenamento Jurídico.

O Padrão de acolhimento da espécie de serviço prestado pelas comunidades terapêuticas requer o afastamento do usuário do convívio familiar e comunitário, na medida que preconiza a terapia pelo isolamento e convivência apenas com os residentes.

Nesse cenário, é sabido que o afastamento de crianças e adolescentes do convívio familiar é matéria, via de regra, de reserva jurisdicional, ou seja, de competência da autoridade judiciária, em sede de procedimento judicial contencioso, como última e única medida possível, conforme disposto no art. 101, § 2º¹⁹, do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Assim, ainda que a pretexto de uma "internação" para tratamento de saúde, o acolhimento de uma criança ou de um adolescente que faça uso de substâncias psicoativas em comunidade terapêutica, implica no seu afastamento do convívio familiar e comunitário, violando um direito fundamental que a si foi constitucionalmente conferido.

O art. 19²⁰ do diploma estatutário traduz bem o direito à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes e se harmoniza com o que preconizam a política nacional de atenção ao uso de álcool e outras drogas e o marco regulatório antimanicomial, o qual estabelece como direito dos usuários o tratamento, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, consoante dispõe o art. 2º, inciso IX²¹, da Lei nº 10.216/2001, primando pela territorialidade e pela preservação dos vínculos familiares e comunitário.

Além disso, não se pode deixar de anotar que toda e qualquer medida protetiva aplicada as crianças e aos adolescentes em situação de risco deve prestigiar as necessidades pedagógicas, referindo-se àquelas que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. na dicção do art. 100, *caput*, da Lei nº 8.069/90.

Outrossim, o afastamento do convívio familiar exige a eleição de um responsável, pela criança ou pelo adolescente, durante o período de sua duração, e que terá todos os poderes e deveres decorrentes da guarda, a qual somente pode ser conferida mediante ordem judicial.

19 ECA, Art. 100, § 2º. Sem prejuízo da tomada de medidas emergenciais para proteção de vítimas de violência ou abuso sexual e das providências a que alude o art. 130 desta Lei, **o afastamento** da criança ou adolescente **do convívio familiar é de COMPETÊNCIA** da autoridade judiciária e importará na deflagração, a pedido do Ministério Público ou de quem tenha legítimo interesse, de **procedimento judicial contencioso**, no qual se garanta aos pais ou ao responsável legal o exercício do **contraditório** e da **ampla defesa**. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009)

20 ECA, Art. 19. **É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família (princípio da prevalência da família natural) e, excepcionalmente, em família substituta (princípio da excepcionalidade da colocação em família substituta), assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral.** (Vide Lei nº 13.257/2016 – Lei da Primeira Infância)

21 Lei n. 10.216/2001, 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.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: (...); IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Se isso não fosse suficiente, é assegurado às crianças e aos adolescentes que os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, proporcionem condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente, em decorrência da necessidade de ser prestado o auxílio necessário à recuperação da sua saúde compatível com o respeito à condição peculiar de pessoas em desenvolvimento.

E por isso, o modelo do serviço prestado pelas comunidades terapêuticas inibe o exercício do direito ao acompanhante pela criança e pelo adolescente, em razão de sua própria natureza, que requer o acolhimento com isolamento do ambiente social.

Outro ponto em que se percebe não ser possível a permanência de adolescentes nas CTs, por macular regras fundamentais, é a utilização do labor como técnica, método ou mesmo pilar dos princípios que regem as Comunidades Terapêuticas, uma vez que o trabalho não é possível, em absoluto, para as pessoas menores de 16 anos completos, ressalvada a possibilidade da figura do Aprendiz, entre os 14 (catorze) e 16 (dezesesseis) anos, como se lê, de forma autêntica, nos termos do Art. 60²² do Estatuto da Criança e do Adolescente, em sintonia fina com os direitos sociais cravados nos termos do Art. 7^{o23}, da Norma Ápice. Na faixa etária entre os 16 (dezesesseis) e 18 (dezoito) anos, o trabalho, embora permitido, deve ser protegido, não podendo ser desempenhado em condições perigosas e insalubres, nem no período noturno, obedecidos obrigatoriamente a cobertura trabalhista e previdenciária, nos termos do art. 227, § 3^o, II, da CF²⁴.

Ademais, no que concerne ao direito à educação, a criança e o adolescente devem ter garantidos, e não devem ser afastados do sistema de ensino. Saliente-se a constante preocupação, decorrente especialmente da despreocupação normativa quanto à regulamentação das Comunidades Terapêuticas relativamente ao descumprimento das diversas normas esparsas que tratam da educação, como também ao Plano nacional de Educação e das expectativas de aprendizagem contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Básica, contidos na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB).

Por outro lado, mostram-se contrárias à legislação de regência o disposto nos arts. 6^o, inciso X, e 18, inciso V, da Resolução CONAD n.º 03/2020, especialmente sobre a modalidade de Ensino à Distância (EaD). Essa modalidade não pode se afastar do objetivo de aquisições de competências cognitivas, habilidades e atitudes que promovam o pleno desenvolvimento da pessoa, o exercício da cidadania, além da qualificação para o trabalho, dependendo da etapa do ensino. Neste sentido trata o art. 32, § 4^o da LDB, que reza: **“o ensino fundamental será presencial, sendo o ensino a distância utilizado como complementação da aprendizagem ou em situações**

22 ECA, Art. 60. É proibido qualquer trabalho a menores de quatorze anos de idade, salvo na condição de aprendiz

23 CF/1988, Art. 7^o, XXXIII – proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos;

24 CF/1988, art. 227, § 3^o: O direito a proteção especial abrangerá os seguintes aspectos: (...); II - garantia de direitos previdenciários e trabalhistas; (...);

emergenciais". Seguem essa premissa as normas dispostas nos arts. 38, 40, 63 e 87, do mesmo diploma legal.

Desse modo, ao aplicar equivocadamente os conceitos da EaD e demais atividades remotas, a Resolução 03/2020 incorre em violação ao princípio constitucional da igualdade, por desconsiderar a diferença qualitativa e de efeitos entre atividades escolares presenciais e remotas, principalmente diante de adolescentes em maior situação de risco.

Entretantes, não se desconhece a necessidade da disponibilidade de tratamento para crianças e adolescentes dependentes químicos. Assim, como os adultos, em casos graves de intoxicação ou abstinência severa, o público infantojuvenil necessita ser submetido à análise da equipe da saúde mental do município acerca da necessidade de internação e deve ser encaminhado, quando necessário, para leitos psiquiátricos em hospitais gerais (com espaço destinado e formatados especificamente a esse público).

Como é sabido, a Portaria n.º 3.088/11, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool ou outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, foi revogada pela **Portaria de Consolidação n.º 03, de 28/09/2017**, por parte do Ministério da Saúde, e segundo esta dispõe, a comunidade terapêutica é ponto de atenção na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que faz parte da atenção de caráter transitório, consubstanciado em um serviço destinado a oferecer cuidados contínuos, de caráter residencial transitório por até 9 (nove) meses, para **adultos** com necessidades clínicas decorrentes do uso abusivo ou dependência e outras drogas, desde que estejam estáveis²⁵.

Dessa forma, **o Ministério da Saúde define as Comunidades Terapêuticas como serviço de atenção em regime residencial restrito para adultos usuários de álcool e drogas.**

Não obstante a definição do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD), órgão normativo e de deliberação coletiva do Sistema Nacional de Política sobre Drogas (SISNAD), vinculado ao Ministério da Justiça, como asseverado alhures, publicou a resolução 03/2020, que regulamentou o acolhimento de adolescentes com problemas de uso, abuso ou dependência de álcool ou outras drogas em Comunidades Terapêuticas. Todavia, consoante determina o ECA (art. 88, inciso III) e a Lei 8.242/1991, é da competência do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do adolescente (CONANDA) deliberar sobre a política de atendimento à criança e ao adolescente, o qual não participou da deliberação da resolução 03/2020, o que acarretou vício

²⁵ Portaria de Consolidação n.º 03/2017, Art. 9º: São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Residencial de Caráter Transitório os seguintes serviços: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º)

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, I)

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, II) (...)

de iniciativa, além de violar princípios constitucionais e normas do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Por fim, pelas razões expostas, as Comunidades Terapêuticas destinam-se ao atendimento de adultos usuários de álcool e outras drogas, mediante adoção de metodologias de isolamento social e outras práticas que se contrapõem às normas constitucionais e do Estatuto da Criança e do Adolescente, entre elas a que assegura o direito à convivência familiar e comunitária. Ademais disso, considerando o princípio da prevalência da família e da excepcionalidade do acolhimento de crianças e adolescentes, orienta-se que o tratamento seja realizado pelos equipamentos da Rede de Proteção Psicossocial (RAPS) ofertado pelo SUS, que priorizem o tratamento ambulatorial, tais como nos Centros de Atenção Psicossocial, e, excepcionalmente, nos casos de adolescentes em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar, nas Unidades de Acolhimento Infantojuvenil, entre outros equipamentos da rede, conforme previsto na Portaria de Consolidação nº 03/2017, do Ministério da Saúde, acompanhado de um atendimento intersetorial e integrado das redes de saúde, de assistência social e de educação do município.

7. CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, esclarecemos que o objetivo desta Nota Técnica Conjunta Orientativa, na esteira de estudos e experiências prévias já postas em campo pelo MPSP e pelo MPRJ, é trazer os principais pontos referentes às internações em comunidades terapêuticas, suas características e especificidades, destacando a relevância da fiscalização do Ministério Público nessas entidades, sempre em busca da garantia dos direitos fundamentais dos cidadãos.

No que concerne à indicação de algumas estratégias no afã de preservar os direitos dos cidadãos e a adequação da RAPS municipal/regional, diante das irregularidades que possam ser encontradas, destacamos algumas **possibilidades de atuação do Ministério Público**.

Diante de todo o exposto, estes Centros de Apoio apresentam as seguintes sugestões, sem caráter vinculativo, conforme estabelece o art. 33, II, da Lei Federal nº 8.625/1993, incumbindo ao órgão de execução a análise quanto à pertinência e à aplicabilidade:

- Solicitar a reavaliação do registro da entidade ou o descredenciamento junto ao Conselho Municipal sobre Drogas, caso se observem relevantes irregularidades e/ou ocorrência de violações de direitos. Pois, o descredenciamento impede que a instituição acesse financiamento público;
- Solicitar a reavaliação das licenças de funcionamento emitidas pelos órgãos municipais, sempre que avaliado que não há condições para o funcionamento regular;
- Solicitar inspeção pelo poder executivo municipal e/ou conselho regional profissional de acordo com o tema, quando observadas questões relativas às instalações prediais, na

estrutura física ou no provimento de serviços essenciais (água, esgoto, energia e coleta de lixo), sem deixar de intervir quanto aos aspectos estruturais que configuram violações de direitos;

- Solicitar inspeção pelo Corpo de Bombeiros ou Defesa Civil, quando observadas situações que podem representar risco estrutural ou de incêndio nas instalações;
- Solicitar atuação dos respectivos conselhos profissionais, quando verificadas irregularidades ou violações relacionadas ao exercício de determinada profissão;
- Solicitar posição do gestor municipal de saúde quanto às ausências/falhas percebidas na RAPS frente à identificação de necessidades assistenciais pela população que faz uso prejudicial de drogas e/ou no monitoramento das comunidades terapêuticas em funcionamento regular no município. O que também se aplica aos gestores de outras áreas, quando identificadas falhas na respectiva assistência;
- Solicitar a intervenção imediata do Conselho Tutelar, quando identificada a presença de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas.

Assim, a atuação ministerial precisa se direcionar, para fortalecer a lógica intersetorial e resguardar o acesso das pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas aos demais serviços presentes no território. Vale dizer que isso contribui, entre outros aspectos, para maior transparência sobre as práticas realizadas nas comunidades terapêuticas, inclusive por haver, nos serviços territoriais, mais monitoramento e controle social.

Por certo, isso requer atuação concomitante, para que haja disponibilidade de outros serviços compondo a rede, a partir do desenho previsto nas políticas públicas. Assim, também merecem atenção eventuais omissões/inadequações da rede de serviços públicos, tanto em relação à disponibilidade, a qualidade e à suficiência de uma rede de serviços territoriais, quanto em relação à efetivação do atendimento das pessoas acolhidas nas comunidades terapêuticas por tais serviços.

Para tanto, é importante que o(a) membro(a) do Ministério Público compreenda a RAPS e sua necessária articulação com a rede de assistência social e com outras políticas setoriais direcionadas para o atendimento às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. Em outros termos, não basta se limitar a um dispositivo. Fiscalizar comunidades terapêuticas pressupõe fiscalizar a rede de cuidados para a população que faz uso prejudicial de drogas.

No desiderato de auxiliar Promotoras e Promotores de Justiça, enfim, foram elaborados roteiro e questionário de fiscalização das comunidades terapêuticas na Paraíba, os quais seguem em anexo, embora sempre mereça registro o fato de que as orientações prestadas por estes Centros de Apoio Operacionais, órgãos auxiliares da atividade funcional do Ministério Público, não possuem caráter vinculativo, como já dito, incumbindo aos órgãos de execução, no âmbito de sua

independência funcional, a análise quanto à pertinência e aplicabilidade da orientação ora encaminhada.

João Pessoa – PB, em 03 de agosto de 2023.

FÁBIA CRISTINA DANTAS PEREIRA

Promotora de Justiça Coordenadora do CAO da Criança e do Adolescente

FABIANA MARIA LOBO DA SILVA

Promotora de Justiça Coordenadora do CAO da Saúde

LIANA ESPÍNOLA PEREIRA DE CARVALHO

Promotora de Justiça Coordenadora do CAO da Cidadania

REYNALDO DI LORENZO SERPA FILHO

Promotor de Justiça Coordenador do CAO do Patrimônio Público

RICARDO ALEX ALMEIDA LINS

Promotor de Justiça Coordenador do CAO Criminal