

RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS



FOTO: FERNANDO FRAZÃO/AGÊNCIA BRASIL

**RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL
EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - 2024**

Brasília

2025

EQUIPE

Ministério Público Federal

Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão

Procurador Federal dos Direitos do Cidadão

Nicolao Dino de Castro e Costa Neto

Procuradores Federais dos Direitos do Cidadão Adjuntos

Paulo Thadeu Gomes da Silva

Ana Padilha Luciano de Oliveira

Grupo de Trabalho Interinstitucional Ministério Público Federal e Ministério Público do Trabalho

Carolina de Gusmão Furtado (MPF)

Jeane Colares (MPT)

Lisiane Braecher (MPF)

Ludmila Oliveira (MPF)

Marina Filgueira (MPF)

Priscila Schvarcz (MPT)

Renan Kalil (MPT)

Tatiana Bivar (MPT)

Equipe PFDC

Secretaria Executiva

Alini de Araújo Pinheiro

Assessoria Multidisciplinar

Bruna Pereira de Alencar

Cristine Barbosa Maia

Leonardo Antônio de Moraes Filho

Marlene Maria Lima de Miranda

Paulo Junio Bastos Silva

Priscila Vilela Strassburger

Vanessa Resende Mendonça

RESUMO EXECUTIVO

Este relatório tem como objetivo apresentar os resultados da inspeção nacional em Comunidades Terapêuticas nas cinco regiões brasileiras, promovida pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC/MPF) e pelo Ministério Público do Trabalho (MPT), no período de 25 de novembro a 9 de dezembro de 2024.

As equipes de inspeção foram compostas por membros do Ministério Público Federal - MPF e do Ministério Público do Trabalho - MPT. Em alguns Estados, também houve a participação de órgãos parceiros, entre os quais: Ministério Público Estadual (MPE), Defensoria Pública Estadual (DPE), Defensoria Pública da União-DPU, Conselho Regional de Psicologia (CRP) e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). A coordenação da Comissão Saúde da PFDC deixou a critério de cada Estado a inclusão desses parceiros.

Nesse sentido, o presente estudo técnico foi realizado para dar continuidade ao trabalho apresentado pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) por meio do Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017.

Na época, foram inspecionadas 43 comunidades em 25 estados e no Distrito Federal. Identificou-se nas comunidades terapêuticas vistoriadas a adoção de métodos que retornavam à lógica da internação, inclusive compulsória, como recurso primeiro e exclusivo de suposto tratamento, em absoluta contrariedade à legislação vigente, por basearem o tratamento dessas pessoas em confinamento.

Além disso, foram constatadas diversas violações de direitos humanos nesses espaços que deveriam promover tratamentos terapêuticos, tais como: pessoas contidas pela força ou por meio de medicamentos, ausência de comunicação externa, alojamento em condições precárias em lugares distantes que dificultavam a interação com seus familiares e a sociedade.

Os dados apurados na nova Inspeção Nacional nas Comunidades Terapêuticas retratam a realidade dessas comunidades, com foco nas políticas

públicas voltadas para usuários e dependentes de álcool e outras drogas que necessitam de acolhimento. A inspeção também buscou verificar as condições de fato e de direito às quais esses indivíduos estão submetidos.

As informações demonstradas foram coletadas por meio de questionários, entrevistas e documentos apresentados durante as visitas às instituições selecionadas. Para tanto, os dados foram colhidos em conversas com as pessoas que estavam em tratamento nas instituições, os membros das equipes de trabalho e os integrantes da direção das comunidades terapêuticas. Foi possível, ainda, fazer análise de documentos institucionais, do tratamento oferecido, das condições de formação das equipes, da gestão dos Centros Terapêuticos e das estruturas físicas dessas unidades.

Por fim, é oportuno destacar que este estudo não tem caráter quantitativo ou estatístico. Segundo a Nota Técnica nº 21, de 2017, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)¹, havia 2 mil Comunidades Terapêuticas distribuídas pelas cinco regiões geográficas do país naquele ano. O relatório ora apresentado reflete uma pequena parcela desse universo, com o intuito de promover um olhar mais atento para essa realidade.

¹ Os resultados desta pesquisa foram consolidados em relatórios e um resumo deles foi publicado em Nota Técnica no sítio do Ipea na internet, em março de 2017. Pág. 12. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf. Acesso em: 24 de set. de 2024.

SUMÁRIO

1.0 INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Breve Histórico.....	7
1.2 Legislação e Políticas Públicas.....	8
1.3 O Papel das Comunidades Terapêuticas.....	11
1.4 Normas Internacionais sobre Direitos Humanos na Atenção a Pessoas com Transtornos Mentais.....	17
2.0 APRESENTAÇÕES INSTITUCIONAIS.....	26
2.1 Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão.....	26
2.2 Ministério Público do Trabalho.....	27
3.0 METODOLOGIA DE INSPEÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	29
3.1 Entrevistas com Pessoas Privadas de Liberdade:.....	29
3.2 Entrevistas com a Equipe de Trabalhadores:.....	30
3.3 Análise de Documentos Institucionais:.....	30
3.4 Entrevista com a Direção:.....	30
4.0 DADOS DA VISITA.....	31
4.1 Aspectos Institucionais.....	32
4.1.1 Projeto Terapêutico Singular (PTS).....	32
4.1.2 Violação da Norma sobre Período de Acolhimento.....	35
4.1.3 Interlocução das Comunidades Terapêuticas com os Serviços de Saúde..	37
4.1.4 Internações Voluntárias e Involuntárias.....	40
4.1.5 Isolamento e Restrições no Acesso aos Meios de Comunicação.....	44
4.1.6 Restrições no Acesso aos Meios de Comunicação e Divulgação das Regras Vigentes nas Comunidades Terapêuticas.....	46
4.1.7 Sanções, Punição, Castigo e Indícios de Tortura.....	47
4.1.8 Violação à Liberdade Religiosa e à Diversidade Sexual.....	51
4.1.8 Laborterapia e Atividades de Reinserção Social.....	55
4.1.8.1 Atividades de Reinserção Social nas Comunidades Terapêuticas.....	60
4.1.9 Acolhimento de Crianças e Adolescentes.....	63
4.2 Equipes de Saúde.....	67
4.2.1 Perfil Profissional das Equipes.....	68
4.2.2 Formação e Experiência.....	70
4.2.3 Capacitação Continuada.....	72
4.2.4 Conhecimento e Obediência às Normas pelas Equipes das Comunidades Terapêuticas.....	74
4.3 MPT e as Inspeções Realizadas em Comunidades Terapêuticas.....	77
4.3.1 Prestadores de Serviços Autônomos.....	79
4.3.2 Trabalhadores Voluntários.....	81
4.3.3 Precarização das Relações de Trabalho.....	87
4.3.4 Dumping Social e Impacto Econômico, Previdenciário e de Proteção Social das Violações.....	92

5.0 FISCALIZAÇÃO EXTERNA.....	94
6.0 FINANCIAMENTO PÚBLICO.....	97
7.0 CONCLUSÕES/ PROPOSIÇÕES.....	103
7.1 Necessidade de Melhoria das Fiscalizações.....	104
7.2 Efetividade das Políticas Públicas.....	109
7.3 Interlocução com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social.....	113
7.4 Permanência Voluntária.....	116
7.5 Capacitação dos Profissionais do SUS e SUAS sobre as Políticas para Pessoas com Problemas Decorrentes do Uso de Álcool e Drogas.....	118
7.6 Formas de Ingresso nas Comunidades Terapêuticas.....	119
7.7 Regulamentação das Equipes de Trabalho.....	122
7.8 Reinserção Social Produtiva e “Laborterapia”.....	125

1.0 INTRODUÇÃO

1.1 Breve Histórico

Historicamente, pessoas com transtorno mental eram internadas em asilos, manicômios e hospitais psiquiátricos, locais nos quais frequentemente sofriam maus tratos e violência. Na década de 1970, com o processo de redemocratização do Brasil, iniciou-se a Reforma Psiquiátrica ou Antimanicomial.

Em 1975, houve a criação da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, a partir do seminário internacional "A Alternativa ao Setor Psiquiátrico". Participaram Mony El Kaim, o anfitrião, e várias equipes e personalidades estrangeiras, como Franco Basaglia (Médico e Psiquiatra italiano considerado um dos maiores símbolos da luta por reformas na Saúde Mental do mundo), Giovanni Jervis, Félix Guattari, Roger Gentis, Françoise e Robert Castel.

Em 1976, ocorreu o II Encontro da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria em Paris, na França.

Em 1977, foi realizada a VI Conferência Nacional de Saúde, com apresentação das Diretrizes Programáticas de Saúde Mental, com o lançamento do Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM) do Ministério da Saúde e a concretização de uma política de saúde mental. E ainda, o III Encontro da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria em Trieste, na Itália.

Em 1978, na Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, alguns profissionais relataram os abusos sofridos e a total falta de respeito com os pacientes internados nesses locais. A crise, em pleno regime militar, levou à demissão da maioria dos denunciantes.

Em 1979, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores ligados ao movimento sanitário, sindicalistas, membros de associações de profissionais de saúde mental, associações de familiares e ex-pacientes de internações psiquiátricas.

Em 1980, foram organizados outros eventos importantes como o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental e o VI Congresso Brasileiro de

Psiquiatria. Dentre outras questões, surgiu o debate sobre a defesa dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos e as implicações econômicas, sociais e políticas decorrentes desse tratamento².

Em 1988, a Constituição Cidadã é promulgada e dedica um capítulo inteiro à saúde, prevendo que ela deveria ser universal, gratuita e de acesso igualitário a todos.

1.2 Legislação e Políticas Públicas

O Sistema Único de Saúde (SUS) é criado por meio da Lei nº 8.080, de 19 de novembro de 1990³, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, conforme art. 4º:

“Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Assim, nas décadas seguintes, impulsionados pela redemocratização do Estado com base na nova Constituição e pela criação de um sistema de saúde, os manifestantes nacionais e seus apoiadores conseguiram avanços nos cuidados e tratamentos daqueles que tinham sua saúde mental comprometida e passaram a ter como tema “por uma sociedade sem manicômios”.

O projeto de reforma psiquiátrica foi apresentado em 1989, pelo então deputado Paulo Delgado (MG), e, após 12 anos de discussão, foi aprovada a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001⁴, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

² FIOCRUZ. Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial(LAPS), Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo> Acesso em: 21 de out. de 2024.

³ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em 23 de out. de 2024.

⁴ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em 28 de out. de 2024.

Segundo a referida lei:

“ Art. 2º - Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

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;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. ”

A lei passou a ser conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Antimanicomial e, ainda, como Lei Paulo Delgado. Ela propõe, entre outros temas, um tratamento com humanidade e respeito, no interesse exclusivo de beneficiar a saúde do internado, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.

Ademais, a referida lei veda expressamente a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, visto que tem como fundamento o tratamento mais humanizado dos pacientes. A diretriz é a internação do paciente somente se o tratamento fora do hospital se provar ineficiente. E ainda, é necessário um laudo médico que caracterize seus motivos, independente da internação ser voluntária ou involuntária.

Seguindo a linha das políticas públicas baseadas no cuidado, no respeito e na integração social, a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006⁵, institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Essa Lei ficou conhecida como “A Nova Lei de Drogas”.

A partir dessa legislação, começa uma mudança de paradigma e um novo olhar para os usuários e dependentes químicos, focado na complexidade do tema e baseado em tratamentos de cuidado e inclusão social e não em punição e isolamento.

Com isso, as autoridades governamentais passaram a orientar a formulação de planos e programas de ação para reduzir o consumo de drogas e, especialmente, a mitigação dos efeitos prejudiciais do seu uso. O objetivo central dessas iniciativas é promover um cuidado integral e universal, abordando não apenas o consumo, mas as necessidades de reintegração social e o cuidado especializado para os indivíduos afetados, além de promover um cuidado universal e na sua totalidade.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011⁶, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde, como resposta e materialização de uma rede de tratamento adequado.

Ela é constituída por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção para atender pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. O normativo estabelece as ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado e define a RAPS nos seguintes termos (Art. 1º da Portaria MS/GM nº 3.088, de 2011):

“Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas

⁵ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm. Acesso em 5 de nov. de 2024.

⁶ Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 08 de nov. de 2024.

com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.”

Atualmente, a mencionada Portaria foi revogada e passou a compor o Anexo V, da Rede de Atenção Psicossocial, da Portaria de Consolidação nº 03 do Ministério da Saúde (MS), de 28 de setembro de 2017⁷, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

Assim, conforme o Anexo V, a RAPS é formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura.

Os atendimentos em saúde mental são realizados nesses pontos de atenção, onde os usuários recebem assistência multiprofissional e cuidado terapêutico individualizados. Em algumas modalidades desses serviços, em razão da complexidade do caso, também há possibilidade de acolhimento noturno e/ou cuidado contínuo.

1.3 O Papel das Comunidades Terapêuticas

A Atenção Residencial de Caráter Transitório pode ser iniciada por escolha própria (o/a usuário/a procura diretamente) ou por meio de encaminhamento proveniente de outros serviços da rede de saúde (Unidade de Acolhimento, Serviço Residencial Terapêutico e/ou Hospitais Gerais) ou de setores interligados, como Assistência Social, Educação, Justiça e outros. Sobre o tema, destaque-se:

“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, de 2011, Art. 9º) (grifo nosso)

I- **Unidade de Acolhimento:** oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras

⁷Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017_comp.html
Acesso em 14 de abril de 2025.

drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

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

Dessa forma, os serviços de atenção em regime residencial — incluindo as Comunidades Terapêuticas — oferecem cuidados contínuos de saúde em caráter residencial e transitório, por até nove meses, voltados a adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas com base no acolhimento voluntário.

Embora previstas como pontos de atenção da RAPS, é importante observar que as comunidades terapêuticas não estão regulamentadas como serviços de saúde na legislação atual, pois a regulamentação foi revogada⁸. As comunidades terapêuticas acolhedoras não são serviços de saúde e não fazem parte do SUS.

Ainda em 2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na Resolução RDC nº 29, de 30 de junho⁹, dispôs sobre os requisitos para as instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência. O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares.

Em 2012, o Ministério da Saúde publica a Portaria MS/GM nº 131, de 26 de janeiro¹⁰, na qual institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, **incluídas as Comunidades Terapêuticas**, voltados para

⁸ As comunidades terapêuticas como serviços de saúde foram regulamentadas pela Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, que foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 6, do Ministério da Saúde, de 03 de outubro de 2017.

⁹ Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html
Acesso em 11 de nov. de 2024.

¹⁰ Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html
Acesso em 11 de nov. de 2024.

peessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. A referida portaria define padrões e regras de como se habilitar para receber esse incentivo.

Em 2015, o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), por meio da Resolução nº 1, de 19 de agosto¹¹, regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, o funcionamento das entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa como comunidades terapêuticas.

Na Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019¹², que dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e sobre o financiamento das políticas sobre drogas, extrai-se, da Seção VI (Do Acolhimento em Comunidade Terapêutica Acolhedora):

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

I - oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência;

II - adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas;

III - ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal, vocacionada para acolhimento ao usuário ou dependente de drogas em vulnerabilidade social;

IV - avaliação médica prévia;

V - elaboração de plano individual de atendimento na forma do art. 23-B desta Lei; e

¹¹ Disponível em:

<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2016/res-n-1-19-8-2015.pdf>. Acesso em 14 de nov. de 2024.

¹² Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm. Acesso em 19 de nov. de 2024.

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

§ 1º Não são elegíveis para o acolhimento às 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.”

Dessa forma, elas não são autorizadas a fazer internação e devem realizar acolhimento exclusivamente voluntário. Veda-se ainda a realização ou indicação médica de internação compulsória ou involuntária, bem como a utilização de contenção química ou mecânica nessas instituições.

Ainda sobre o tema, as legislações mais recentes são a Resolução CNAS/MDS nº 151, de 23 de abril de 2024¹³, que dispõe sobre o não reconhecimento das comunidades terapêuticas como entidades e organizações de assistência social e sua não vinculação ao Sistema Único de Assistência Social - SUAS, e a Resolução CONANDA¹⁴ nº 249, de 10 de julho de 2024, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, que estabelece a proibição do acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas.

A Nota Técnica CNPG nº 12, de 2022, aprovada pelas Comissões Permanentes da Infância e Juventude (COPEIJ), de Defesa da Saúde (COPEDS), da Educação (COPEDUC), de Defesa dos Direitos Humanos (COPEDH), da Pessoa com Deficiência e da Pessoa Idosa (COPEDPI) e de Combate à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (COPEVID), integrantes do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH) reconhece que não é legalmente cabível o acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas.¹⁵

A Nota Técnica nº 5, de 25 de outubro de 2024, do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), esclarece as distinções entre as Comunidades Terapêuticas e as Clínicas Especializadas em

¹³ Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/regulacao/visualizar.php?codigo=6742>. Acesso em 11 de nov. de 2024.

¹⁴ Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/https-wwwgovbr-participamaisbrasil-blob-baixar-7359>. Acesso em 1º de dez. de 2024.

¹⁵ Disponível em: https://cnpg.org.br/wp-content/uploads/2024/10/Nota_Tcnica_-_Acolhimento_de_crianas_e_adolescentes_comunidades_terapeuticas.pdf. Acesso em 5 de set. de 2025.

Dependência Química, evidenciando as diferentes características dos serviços prestados pelas instituições, tais como: as condições do público a quem se destina, os serviços prestados, os procedimentos adotados, as normas que regem as atividades realizadas, entre outras.

Ainda segundo a Nota Técnica nº 5, de 2024, destaca-se quadro comparativo¹⁶ entre comunidade terapêutica e clínica especializada em dependência química:

COMUNIDADE TERAPÊUTICA	CLÍNICA ESPECIALIZADA EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA
Ingresso e permanência exclusivamente voluntários	Ingresso e permanência: voluntário, involuntário e compulsório
Ambiente residencial	Ambiente médico-clínico-hospitalar
Atendimento psicossocial	Tratamento medicamentoso com possíveis comorbidades
Equipe multidisciplinar, profissionais não precisam ser exclusivamente da área da saúde	Equipe multidisciplinar de saúde, profissionais obrigatoriamente da área da saúde
Acolhimento extra-hospitalar	Internação médica em ambiente hospitalar
Médico autoriza	Médico prescreve
Vedação de acolhimento de pessoas com comprometimento biológico ou psicológico de natureza grave, que mereçam atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência, caso em que deverão ser encaminhadas à rede de saúde	Internação de pessoas com necessidade de acompanhamento médico profissional ininterrupto

¹⁶ Disponível em:

https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mds-divulga-nota-tecnica-para-esclarecer-as-diferencas-entre-comunidades-terapeuticas-e-clinicas-especializadas-em-dependencia-quimica/copy_of_SEI_MC16070406NotaTecnica5.pdf. Acesso em 17 de mar. de 2025

COMUNIDADE TERAPÊUTICA	CLÍNICA ESPECIALIZADA EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA
O acolhimento não poderá exceder o limite de 12 (doze) meses, no período de 24 (vinte e quatro) meses	Prazo de internação involuntária prescrita no máximo de 90 (noventa) dias
RDC nº 29, de 2011 - ANVISA	RDC nº 50, de 2002 - ANVISA e demais resoluções referidas na Nota Técnica nº 53, de 2022
Parecer nº 9, de 2015 - CFM	Parecer nº 8, de 2021 - CFM
Art. 26 - A da Lei nº 11.343, de 2006	Art. 23 - A da Lei nº 11.343, de 2006
CNAE - Cadastro Nacional de Atividade Econômica 87.20-4-99 - atividades de assistência psicossocial e à saúde, portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química e grupos similares não especificados anteriormente	CNAE - Cadastro Nacional de Atividade Econômica 86.10-1-01 - atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto socorro e unidades de atendimento de urgência
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde: 83	CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde: TIPO 07-006
Resolução nº 01, de 2015 - CONAD	Participante da Política Nacional de Saúde, converge com a Política Nacional Sobre Drogas.

Dessa forma, Comunidades Terapêuticas são organizações da sociedade civil, sem fins lucrativos, com natureza extra-hospitalar, que realizam o acolhimento de pessoas adultas, com transtornos decorrentes do uso nocivo, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório, de caráter exclusivamente voluntário e espontâneo, tendo como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares tecnicamente orientada, a fim de resgatar a dignidade da pessoa humana e reinserção social.

Já as Clínicas Especializadas em Dependência Química são unidades de saúde de natureza médica, que realizam a internação de pessoas que fazem o uso nocivo de álcool e outras drogas. A internação pode ser voluntária e involuntária (sem o consentimento do paciente), formalizada após decisão médica, baseada em avaliação prévia sobre o tipo de droga utilizada, padrão de uso e impossibilidade de se utilizar outras alternativas terapêuticas.

Ainda, destaca que as duas instituições podem operar de maneira coordenada e complementar no contexto das políticas públicas sobre drogas, conforme estabelecido na Lei nº 11.343, de 2006.

1.4 Normas Internacionais sobre Direitos Humanos na Atenção a Pessoas com Transtornos Mentais

O caso *Ximenes Lopes v. Brasil*, julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos¹⁷ (Corte IDH) em 4 de julho de 2006, é um precedente fundamental para a formulação de políticas de atenção às pessoas com transtornos mentais, inclusive os relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

O caso tratou da responsabilidade internacional do Estado brasileiro pela violação do direito à vida e à integridade física de Damião Ximenes Lopes, um homem com deficiência mental que morreu após ser internado na Casa de Repouso Guararapes, em outubro de 1999, bem como pelos direitos às garantias judiciais e à proteção judicial de seus familiares.

A Corte IDH concluiu que o Estado falhou em seu dever de fiscalizar adequadamente a Casa de Repouso Guararapes e de prevenir os maus-tratos e a morte de Damião Ximenes Lopes, gerando, assim, sua responsabilização internacional pelas violações dos direitos à vida e à integridade pessoal (Artigos 4 e 5 da Convenção Americana de Direitos Humanos¹⁸).

A Corte estabeleceu que os Estados têm o dever de regular e fiscalizar toda a assistência de saúde prestada às pessoas sob sua jurisdição, independentemente

¹⁷ A Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) tem a função de interpretar e aplicar a Convenção Americana de Direitos Humanos, nos termos do Artigo 1º de seu Estatuto.

¹⁸ Ratificada pelo Estado Brasileiro e promulgada por meio do Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992, com status supralegal.

de a entidade que presta esses serviços ser de caráter público ou privado¹⁹. Isso porque, de acordo com a Convenção Americana, a responsabilidade internacional compreende os atos das entidades privadas que estejam desempenhando função estatal, bem como atos de terceiros, quando o Estado falha em seu dever de regulá-los e fiscalizá-los²⁰.

A sentença determinou diversas medidas de reparação, inclusive fixando, como garantia de não repetição, a obrigação do Estado de continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para os profissionais que lidam com a saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o tratamento oferecido às pessoas com deficiência mental, de acordo com as normas internacionais sobre a matéria e as disposições da sentença.

Em resumo, as principais diretrizes internacionais que o Estado brasileiro deve seguir, de acordo com as decisões da Corte IDH no Caso Ximenes Lopes, incluem o respeito e a garantia dos direitos previstos na Convenção Americana sobre Direitos Humanos, em consonância com os princípios estabelecidos na Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, nos Princípios para a Proteção das Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, no Protocolo de Istambul e nas declarações de Caracas e Madri, especialmente no que se refere ao tratamento de pessoas com deficiência mental e à proibição de tortura e tratamentos desumanos ou degradantes.

Além da Convenção Americana de Direitos Humanos, o Brasil é parte de diversos outros instrumentos internacionais²¹, entre os quais o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, de 1966, ratificado pelo Brasil em 1992 e promulgado pelo Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992, com status supralegal.

O Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas, corpo independente de

¹⁹ Corte Interamericana de Direitos Humanos, Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, Sentença de 4 de julho de 2006, parágrafo 119.

²⁰ Corte Interamericana de Direitos Humanos, Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, Sentença de 4 de julho de 2006, parágrafo 122.

²¹ De acordo com a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, os tratados e convenções internacionais ingressam no sistema jurídico brasileiro com status equivalente ao das leis ordinárias (v., e.g., ADI 1.480 MC/DF, Rel. Min. Celso de Mello). Essa regra geral encontra exceção nos tratados de direitos humanos, que podem assumir estatuto constitucional (CR/88, art. 5º, § 3º), ou supralegal, quando não houver aprovação com o mesmo quórum de uma emenda constitucional (RE 349.703/RS, Rel. Min. Carlos Britto).

especialistas que monitora a implementação do Pacto de Direitos Civis e Políticos pelos Estados-Partes²², elaborou o Comentário Geral 35²³ para elucidar o direito à liberdade e à segurança pessoais, previstos no Artigo 9.

Nesse documento, asseverou que os Estados-Partes devem revisar leis e práticas ultrapassadas no campo da saúde mental para evitar a detenção arbitrária. Enfatizou os danos inerentes à privação de liberdade, em particular quando há hospitalização involuntária. Conclui, assim, que os Estados-Partes devem disponibilizar serviços sociais alternativos e de base comunitária para pessoas com deficiências psicossociais, a fim de prover alternativas menos restritivas que o confinamento. Serve, portanto, como uma importante ferramenta de interpretação dos direitos humanos para desafiar práticas que promovam o confinamento arbitrário de indivíduos com sofrimento psíquico.

No mesmo sentido, no caso *Fijalkowska v. Polônia*²⁴, submetido ao Comitê de Direitos Humanos em 2002, uma mulher alegou ter sido vítima de internação psiquiátrica contra sua vontade, enfrentando tratamento cruel, desumano e degradante no local onde foi internada. O comitê decidiu, no ano de 2005, que o Estado da Polônia violou o direito à liberdade pessoal da peticionante, protegido pelo artigo 9 do Pacto de Direitos Civis e Políticos.

Esclareceu que, segundo sua jurisprudência, o tratamento psiquiátrico contra a vontade do paciente constitui uma forma de privação de liberdade que afronta o artigo 9 do Pacto de Direitos Civis e Políticos. Destacou que os Estados-Partes têm a obrigação especial de proteger as pessoas vulneráveis sob sua jurisdição, incluindo os que sofrem com adoecimento mental.

O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ratificado pelo Estado Brasileiro em 1992 com status supralegal, protege especificamente o direito ao mais alto nível de saúde física e mental, no Artigo 12.

O Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em

²² Nações Unidas. Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos. What are human rights? Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/what-are-human-rights>. Acesso em 5 de abr. de 2025.

²³ Nações Unidas. Comitê de Direitos Humanos. **Comentário Geral nº 35 sobre o artigo 9º (Liberdade e segurança da pessoa)**. Genebra: Nações Unidas, 2014. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/general-comment-no-35-article-9-liberty-and-security-person>. Acesso em 5 de abr. de 2025.

²⁴ 1061/2002, *Fijalkowska c. Polónia*, para 8.2; 8.3 e 8.4.

Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, "Protocolo de São Salvador", também ratificado pelo Brasil e promulgado pelo Decreto nº 3.321, de 30 de dezembro de 1999, enuncia a obrigação dos Estados-Partes de adotar medidas para realização progressiva dos direitos reconhecidos no protocolo e o direito à saúde (Artigos 1 e 10).

Além de declarar a violação dos dispositivos da Convenção Americana, a Corte IDH assinalou, no caso Ximenes Lopes, que Damião sofreu lesões traumáticas correspondentes à tortura, conforme definido pelo Protocolo de Istambul (parágrafo 59).

O Protocolo de Istambul²⁵ é um manual para a investigação e documentação eficazes da tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. A definição de tortura adotada no documento é aquela oriunda da Convenção das Nações Unidas contra a Tortura, ratificada pelo Brasil e incorporada com valor supralegal, com a promulgação do Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991²⁶.

Para os fins da Convenção, o termo "tortura" designa qualquer ato pelo qual dores ou sofrimentos agudos, físicos ou mentais, são infligidos intencionalmente a uma pessoa a fim de obter, dela ou de uma terceira pessoa, informações ou confissões; de castigá-la por ato que ela ou uma terceira pessoa tenha cometido ou seja suspeita de ter cometido; de intimidar ou coagir esta pessoa ou outras pessoas; ou por qualquer motivo baseado em discriminação de qualquer natureza; quando tais dores ou sofrimentos são infligidos por um funcionário público ou outra pessoa no exercício de funções públicas, ou por sua instigação, ou com o seu consentimento ou aquiescência. Não se considerará como tortura as dores ou sofrimentos que sejam consequência unicamente de sanções legítimas, ou que sejam inerentes a tais sanções ou delas decorram.

O Protocolo de Istambul estipula diversas obrigações jurídicas dos Estados para prevenção da tortura e, entre exemplos de formas de tortura, cita agressões físicas, administração de sedativos e neurolépticos, regime de isolamento, maus

²⁵ Disponível em:

<https://direitoshumanos.dpu.def.br/protocolo-de-istambul-manual-para-investigacao-e-documentacao-eficazes-da-tortura-e-outras-penas-ou-tratamentos-cruéis-desumanos-ou-degradantes/>. Acesso em 5 abr. 2025.

²⁶ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0040.htm. Acesso em 5 de abr. de 2025.

tratos verbais e atos humilhantes, nos termos a seguir²⁷:

“Eis apenas alguns dos métodos de tortura a ter em conta:

a) Traumatismos provocados por contusões, tais como socos, pontapés, bofetadas, golpes, abanões e agressões com arames ou objectos contundentes, bem como a queda da vítima;

(...)

l) Tortura farmacológica por administração de doses tóxicas de sedativos, neurolépticos e substâncias paralisantes, entre outras;

m) Condições de detenção cruéis ou degradantes, por exemplo celas pequenas ou sobrelotadas, regime de isolamento, higiene deficiente, negação do acesso a instalações sanitárias, alimentação e bebidas insuficientes ou contaminadas, exposição a temperaturas extremas, ausência de privacidade e nudez forçada

o) Humilhações, tais como maus tratos verbais e desempenho de actos humilhantes;”

Em março de 2019 foram elaboradas as Diretrizes Internacionais sobre Direitos Humanos e Política de Drogas²⁸, pelo Centro Internacional de Direitos Humanos e Política de Drogas, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos (ACNUDH), após um processo consultivo de três anos.

O documento - que não é uma convenção ou instrumento legal - define medidas que os Estados deveriam tomar ou abster-se de tomar para concretização de direitos humanos já existentes, considerando suas obrigações de controle de drogas estabelecidas na Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, na Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 e na Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas das Nações Unidas de 1988.

²⁷ “Capítulo 4 - Considerações gerais para as entrevistas”, subitem “g. análise dos métodos de tortura”, 144. Disponível em: <https://direitoshumanos.dpu.def.br/protocolo-de-istambul-manual-para-investigacao-e-documentacao-eficazes-da-tortura-e-outras-penas-ou-tratamentos-cruéis-desumanos-ou-degradantes/>. Acesso em 5 de abr de 2025.

²⁸ Disponível em: https://www.humanrights-drugpolicy.org/site/assets/files/1672/hrdp_guidelines_portuguese_2020.pdf. Acesso em: 3 de abr. de 2025.

As Diretrizes enfatizam a obrigação dos Estados de garantir os direitos ao mais alto padrão de saúde possível, aos benefícios do progresso científico e suas aplicações, à seguridade social, à ausência de tortura e tratamentos cruéis e degradantes, à liberdade de pensamento, consciência e religião. Entre as medidas a serem adotadas para garantia desses direitos, inclui-se o oferecimento de serviços de saúde de boa qualidade e baseados em evidências e compatíveis com direitos humanos, que respeitem a integridade física, o consentimento voluntário e o acesso à assistência social.

Destaca-se a necessidade de implementação de treinamentos aos prestadores de serviços de cuidado sobre o tratamento de dependências, paliativismo e controle da dor, num ambiente livre de tratamentos degradantes e de tortura, cabendo aos Estados a adoção de medidas legislativas e administrativas para investigar e prevenir maus-tratos e tortura em centros de tratamento de dependência privados e públicos.

Na seção direcionada à implementação das obrigações de direitos humanos e princípios relevantes de interpretação de tratados, o documento assinala que os Estados deveriam coletar informações desagregadas e disseminá-las, com o propósito de formular e implementar leis e políticas de drogas, conforme os direitos humanos. No mesmo sentido, toda legislação e política de drogas deveria ser submetida a avaliações que incluíssem impactos sobre os direitos humanos, realizando-se uma revisão orçamentária para garantir a realização progressiva do direito à saúde quanto ao uso e dependência de drogas.²⁹

IV. IMPLEMENTAÇÃO

1. Coleta de dados

Os Estados deveriam:

- i. Coletar e disseminar informações apropriadas para permitir a formulação e implementação de leis e políticas de controle de drogas em conformidade com os direitos humanos. Esses dados deveriam ser desagregados por fatores relevantes, incluindo status de saúde (como dependência de drogas), idade, sexo, raça e etnia, orientação sexual e identidade de gênero e status econômico (incluindo envolvimento no trabalho sexual).
- ii. Garantir que a coleta de dados para fins de legislação sobre drogas e

²⁹ Disponível em:

https://www.humanrights-drugpolicy.org/site/assets/files/1672/hrdp_guidelines_portugese_2020.pdf. Acesso em 5 de abr. de 2025.

formulação de políticas, implementação ou outra análise atenda aos padrões internacionais relevantes para proteção de dados.

2. Revisão de direitos humanos e análise orçamentária

Os Estados deveriam:

- i. Considerar realizar uma revisão transparente das leis e políticas de drogas para avaliar a conformidade com os direitos humanos.
- ii. Submeter toda a legislação e políticas de controle de drogas propostas a avaliações transparentes de riscos e impactos sobre os direitos humanos.
- iii. Realizar uma revisão orçamentária para garantir a realização progressiva do direito à saúde em relação ao uso e dependência de drogas.
- iv. Considerar com cuidado e justificar quaisquer cortes na alocação de recursos para tratamento de drogas, redução de danos e outros serviços de saúde para pessoas que usam drogas, se esses cortes envolverem medidas regressivas.

Também o Conselho de Direitos Humanos da Assembleia Geral das Nações Unidas³⁰ criou, em junho de 2017, uma relatoria especial sobre **o direito ao mais alto padrão de saúde física e mental**.

A relatoria destaca que os serviços devem abranger promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, cuidado e recuperação, buscando melhorar as intervenções psicossociais baseadas em evidência, em detrimento de segregação em centros de cuidado inadequados³¹:

“Disponibilidade

55. Serviços de saúde mental adequados devem ser disponibilizados. Em muitos países, a limitada assistência em saúde mental e assistência social disponíveis baseia-se em um modelo biomédico limitado e em uma institucionalização. A expansão do atendimento não deve implicar na expansão de um atendimento inadequado. Para ser consistente com o direito à saúde, o atendimento deve abranger um conjunto abrangente de serviços integrados e coordenados para promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, cuidado e recuperação, e a retórica de "ampliação" deve ser substituída por "ampliação" das medidas de saúde mental. Isso inclui serviços de saúde mental integrados à atenção primária e geral à saúde, contribuindo para a detecção e intervenção precoces, e com serviços projetados para atender a uma comunidade diversificada. 56. As intervenções psicossociais baseadas em evidências devem ser aprimoradas e o número de profissionais de saúde qualificados na comunidade deve ser aumentado.

³⁰ **Relatório da Relatoria Especial sobre o Direito ao Mais Alto Padrão de Saúde Física e Mental.** 2017.A/HRC/35/21. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/1298436?v=pdf#files>. Acesso em 1º de abr. de 2025.

³¹ Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/1298436?v=pdf#files>. Acesso em 1º de abr. de 2025.

57. Os serviços devem garantir os direitos das pessoas com deficiência intelectual, cognitiva e psicossocial e autismo de viver de forma independente e ser incluídas na comunidade, em vez de serem segregadas em instalações de atendimento inadequadas.” (tradução livre)

Os serviços de saúde mental devem ser sensíveis ao ciclo de vida e a questões de gênero, empoderando os indivíduos a se implicarem em sua saúde e bem-estar. Também aponta o consentimento informado como elemento fundamental do direito à saúde e inclui o direito à recusa a se submeter a um tratamento e a se hospitalizar³²:

“G. Consentimento Informado e Coerção

63. O consentimento informado é um elemento fundamental do direito à saúde, tanto como liberdade quanto como salvaguarda integral para seu gozo (ver A/64/272). O direito de consentir em tratamento e hospitalização inclui o direito de recusar tratamento (ver E/CN.4/2006/120, parágrafo 82). Devido à proliferação de legislações paternalistas em saúde mental e à falta de alternativas, a coerção na área médica tornou-se generalizada.” (tradução livre).

Enfatiza, ademais, que a dependência excessiva de intervenções farmacológicas, com abordagens coercitivas e de tratamentos no formato de internação, é incompatível com os direitos humanos³³:

“Aceitabilidade

58. Os serviços de saúde mental devem respeitar a ética médica e os direitos humanos, ser culturalmente apropriados e sensíveis às exigências de gênero e do ciclo de vida. Devem ser concebidos para respeitar a confidencialidade e capacitar as pessoas a assumir o controle de sua saúde e bem-estar.

39. Devem respeitar os princípios da ética médica e dos direitos humanos (incluindo “em primeiro lugar, não causar dano”), escolha, controle, autonomia, volição, preferência e dignidade.

40. A dependência excessiva de intervenções farmacológicas, abordagens

³² Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/1298436?v=pdf#files>. Acesso em 1º de abr. de 2025.

³³ Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/1298436?v=pdf#files>. Acesso em 1º de abr. de 2025.

coercitivas e tratamento hospitalar é incompatível com o princípio de “não causar dano”, bem como com os direitos humanos. A assistência deve ser prestada sistematicamente para desenvolver a capacidade em direitos humanos entre os profissionais de saúde mental. Os serviços devem ser culturalmente apropriados e aceitáveis para pessoas com deficiência intelectual, cognitiva ou psicossocial e autismo, adolescentes, mulheres, idosos, povos indígenas, minorias, refugiados e migrantes, lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais. Muitas pessoas pertencentes a essas populações recebem tratamento médico desnecessário e sofrem práticas coercitivas baseadas em estereótipos de gênero inadequados e prejudiciais.” (tradução livre)

2.0 APRESENTAÇÕES INSTITUCIONAIS

2.1 Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão

A Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), órgão do Ministério Público Federal (MPF), atua na promoção e defesa dos direitos humanos, tendo como base a missão constitucional atribuída ao MPF de proteção e garantia de direitos fundamentais.

Sua sede é na Procuradoria-Geral da República, em Brasília, e tem ramificações em todas as unidades do Ministério Público Federal, por meio das Procuradorias Regionais dos Direitos do Cidadão (PRDCs), nos 26 estados e no Distrito Federal, e as Procuradorias da República nos municípios. Reúne ainda os Núcleos de Apoio Operacional à PFDC (NAOPs), nas seis regiões judiciárias.

A PFDC representa com primazia o papel entregue ao Ministério Público pela Constituição Federal de 1988, cujo foco específico é a promoção da cidadania e da dignidade da pessoa humana, na defesa dos direitos constitucionais, nos quais se destacam a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados, visando à construção de uma sociedade livre, justa e solidária, na promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, em que o desenvolvimento nacional esteja conjugado com a erradicação da pobreza e da marginalização e da redução das desigualdades sociais e regionais (arts. 1º, 3º e 6º da Constituição Federal de 1988), nas diversas faces que se impõe a defesa dos direitos humanos.

No campo da saúde mental, a PFDC pauta sua atuação na promoção e defesa dos direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais, visando afastar toda e qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, na forma da Lei nº 10.216, de 2001, além de contribuir para o processo de desinstitucionalização dessa população.

Também busca assegurar que a política de atenção à saúde mental implementada pelo Estado brasileiro atenda aos princípios estabelecidos na Lei da Reforma Psiquiátrica, na Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência e na Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146, de 2015), entre outras normativas.

Sobre o tema, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, desde 2017, conta com uma comissão dedicada ao tema da saúde mental. Atualmente, a temática está entre as prioridades de atuação da Comissão “Saúde”.

2.2 Ministério Público do Trabalho

O Ministério Público do Trabalho (MPT) é o ramo do Ministério Público da União (MPU) que tem como atribuição fiscalizar o cumprimento da legislação trabalhista quando houver interesse público, buscando regularizar e mediar as relações entre trabalhadoras, trabalhadores e empregadoras e empregadores.

Cabe ao MPT promover ação civil pública no âmbito da Justiça do Trabalho para defesa de interesses coletivos, quando desrespeitados direitos sociais constitucionalmente garantidos aos trabalhadores e às trabalhadoras. Também pode manifestar-se em qualquer fase do processo trabalhista, quando entender existente interesse público que justifique.

Compete, ainda, ao MPT propor as ações necessárias à defesa dos direitos e interesses de crianças e adolescentes, incapazes e indígenas, decorrentes de relações de trabalho, além de recorrer das decisões da Justiça do Trabalho tanto nos processos em que for parte como naqueles em que officie como fiscal da lei.

O MPT privilegia as questões mais relevantes para a coletividade, nas quais sua atuação é imprescindível, tais como o combate ao trabalho escravo, a repressão a todas as formas de discriminação no mercado de trabalho, a exigência de um meio ambiente do trabalho seguro e saudável, o combate às fraudes na contratação de trabalhadores, a repressão ao trabalho infantil, entre outras situações de grande repercussão social.

Para cumprir suas atribuições, o MPT dispõe de uma estrutura que inclui diversos órgãos responsáveis pelo desenvolvimento de atividades administrativas e pela eficaz execução das funções fins: Procuradoria-Geral; Procuradorias Regionais;

Conselho Superior; Câmara de Coordenação e Revisão; Corregedoria-Geral, Ouvidoria e o Colégio de Procuradores e Procuradoras.

Em relação às comunidades terapêuticas, o MPT possui atribuição para a análise de eventuais violações a direitos decorrentes do uso potencialmente abusivo do trabalho como prática terapêutica (laborterapia), a submissão de trabalhadores em condição análoga à escravidão, bem como para apurar a regularidade dos direitos trabalhistas de eventuais profissionais em atividade. Além disso, a atuação do Ministério Público do Trabalho contribui para assegurar a higidez, salubridade e segurança no meio ambiente laboral das comunidades terapêuticas.

As questões identificadas nas comunidades terapêuticas são potencialmente sensíveis a diversas áreas de atuação do Ministério Público do Trabalho, especialmente relacionadas às Coordenadorias Nacionais temáticas: Coordenadoria Nacional de Combate às Fraudes nas Relações de Trabalho (CONAFRET), Coordenadoria Nacional de Erradicação do Trabalho Escravo e Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (CONAETE) e Coordenadoria Nacional de Defesa do Meio Ambiente do Trabalho e da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CODEMAT).

3.0 METODOLOGIA DE INSPEÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As inspeções, realizadas em 25 estados brasileiros e no Distrito Federal, seguiram uma metodologia formada por visitas nas quais foram registradas observações dos profissionais participantes, realizadas entrevistas com dirigentes, com funcionários e com acolhidos das comunidades terapêuticas, assim como a coleta de documentos.

O planejamento da Inspeção Nacional nas Comunidades Terapêuticas foi capitaneado por Grupo de Trabalho Interinstitucional coordenado pela PFDC/MPF e pelo MPT. A metodologia empregada foi desenvolvida a partir das experiências da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal e do Ministério Público do Trabalho. A inspeção teve como base a legislação nacional e as normas internacionais sobre direitos humanos na atenção a pessoas com transtornos mentais

O cerne da inspeção foram as visitas a comunidades terapêuticas, nas quais uma equipe levantou as informações, que foram posteriormente relatadas e analisadas. Cada equipe foi composta, no mínimo, por representantes da PFDC/MPF e do MPT.

Cada Estado se organizou de acordo com sua realidade e parcerias. Assim, houve participação, entre outros, do Ministério Público Estadual (MPE), da Defensoria Pública Estadual (DPE), da Defensoria Pública da União (DPU) e do Conselho Regional de Psicologia (CRP).

A metodologia foi estruturada em quatro eixos principais de coleta de informações, buscando múltiplas perspectivas sobre o funcionamento da instituição (no caso, uma Comunidade Terapêutica). Cada eixo visa captar aspectos diferentes e complementares da realidade institucional, conforme a seguir.

3.1 Entrevistas com Pessoas Privadas de Liberdade:

Foram realizadas entrevistas diretas com os acolhidos para captar o seu ponto de vista sobre a vida dentro da instituição. A ênfase foi em identificar eventuais violações de direitos humanos, mas também compreender as rotinas, a

relação com a equipe e as práticas cotidianas da comunidade terapêutica. Essa escuta buscou dar voz à experiência subjetiva dos acolhidos, considerando-os como protagonistas no processo de avaliação.

3.2 Entrevistas com a Equipe de Trabalhadores:

Também foram entrevistados funcionários e colaboradores da instituição (psicólogos, assistentes sociais, monitores, educadores, entre outros) para compreender como eles percebem o funcionamento interno da comunidade terapêutica. O objetivo foi captar informações sobre a dinâmica de trabalho, metodologias de tratamento, dificuldades enfrentadas e possíveis discordâncias ou confirmações em relação aos relatos dos acolhidos.

3.3 Análise de Documentos Institucionais:

Foi realizado um levantamento e uma análise de documentos formais da instituição, tais como alvará de funcionamento, regimento interno, projetos terapêuticos singulares e registros de atividades. Essa análise visou verificar se a instituição opera de acordo com as normas legais e regulamentares aplicáveis, além de compreender a estrutura teórica e legal que fundamenta as práticas da comunidade terapêutica.

3.4 Entrevista com a Direção:

Uma entrevista específica foi conduzida com a direção da comunidade terapêutica, para entender o ponto de vista oficial sobre o funcionamento da instituição. Esta etapa foi importante para que a gestão pudesse apresentar suas justificativas, estratégias organizacionais e responder a eventuais críticas ou inconsistências detectadas nas outras etapas.

Cada uma dessas etapas foi pensada para compor um quadro comparativo entre as diferentes visões sobre a instituição, possibilitando uma análise crítica, plural e fundamentada tanto em relatos subjetivos quanto em documentos oficiais.

4.0 DADOS DA VISITA

A ação nacional teve início em 18 de novembro e terminou em 9 de dezembro de 2024. No total, foram vistoriadas 43 (quarenta e três) instituições em 25 unidades da federação mais o Distrito Federal. Com base no relatório das inspeções realizadas em comunidades terapêuticas, é possível destacar alguns aspectos relevantes sobre essas instituições.

As comunidades terapêuticas são estabelecimentos voltados para a recuperação e reintegração social de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Entretanto, analisando e comparando os dados obtidos por meio dos formulários, verificam-se algumas incongruências e irregularidades, bem como condutas questionáveis observadas durante as visitas de inspeção.

Inicialmente, as informações contidas em cada um dos relatórios foram organizadas em tabelas, com o objetivo de identificar a frequência de ocorrência dos temas investigados, conforme a metodologia adotada. Esse processo de sistematização gerou os dados quantitativos que serão apresentados ao longo deste relatório.

Paralelamente, foram selecionados trechos específicos dos relatórios estaduais, com a finalidade de ilustrar os achados das inspeções realizadas e registrar situações concretas observadas pelas equipes. Esses trechos servem como exemplos que enriquecem e fundamentam as análises desenvolvidas e visam oferecer uma amostra da diversidade de situações encontradas pelas equipes de inspeção, valorizando o aspecto observacional das evidências coletadas.

O *Roteiro às pessoas privadas de liberdade da Comunidade Terapêutica* foi respondido por 205 acolhidos, o *Roteiro à equipe de saúde da Comunidade terapêutica*, por 53 trabalhadores e o *Roteiro das Inspeções em Comunidades Terapêuticas (Direção)*, por 38 responsáveis pelas instituições. Além desses roteiros, também foram utilizados dados dos processos administrativos abertos nos Estados. Este relatório não se baseia em uma amostra estatística, o que impossibilita a generalização probabilística de suas conclusões — algo que demandaria uma pesquisa mais ampla e aprofundada. Trata-se, portanto, de um estudo de caráter

exploratório, cuja metodologia padronizada assegura a consistência e a confiabilidade das informações apresentadas.

4.1 Aspectos Institucionais

4.1.1 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

A Portaria de Consolidação nº 03, de 2017 do SUS prevê no Anexo V, que trata da RAPS, que a construção do projeto terapêutico singular (PTS) constitui uma das diretrizes do funcionamento da rede (art. 2º, XII), e deve ser feita em conjunto pela equipe, o usuário e sua família (art. 7º, §3º; art. 31, V; art. 49).

Já a Lei nº 10.216, de 2001, embora não mencione explicitamente o termo “Projeto Terapêutico Singular”, há vários artigos que fundamentam e justificam o uso do PTS como instrumento central no cuidado em saúde mental, por sua ênfase na individualização do tratamento, respeito aos direitos humanos e na rede substitutiva de atenção psicossocial.

As comunidades terapêuticas têm, por força do art. 22, III, da Lei nº 11.343, de 2006, o dever de desenvolver, para cada acolhido, projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde:

“Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

(...)

III - definição de **projeto terapêutico individualizado**, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;...”

A Resolução CONAD nº 1, de 19 de agosto de 2015, estabelece as Diretrizes para o Acolhimento em Comunidades Terapêuticas no Brasil. Embora não use diretamente o termo “Projeto Terapêutico Singular”, ela trata do equivalente a ele, Plano de Atendimento Singular (PAS), com o mesmo propósito: garantir um cuidado personalizado, voluntário e com respeito aos direitos humanos³⁴:

³⁴ Disponível em:

<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2016/res-n-1-19-8-2015.pdf>. Acesso em 5 de abr. de 2025.

“Art. 11. O PAS é o instrumento que especifica e monitora as ações de acolhimento individual, devendo reunir todas as informações a respeito do acolhido, inclusive aquelas exigidas pelos órgãos de controle e fiscalização, conforme modelo constante do Anexo desta Resolução.”

Na linha da norma do CONAD, também a Resolução RDC nº 29, de 2011, da ANVISA, estipula a obrigação de elaboração de fichas individuais (Art. 7º, §§ 1º e 2º).

Assim, ainda que sob denominações diversas, a legislação exige propostas terapêuticas construídas de forma personalizada para atender às necessidades específicas de uma pessoa em situação de sofrimento psíquico, vulnerabilidade ou uso problemático de substâncias com foco individualizado e construído por uma equipe multiprofissional, com participação do usuário e, se possível, da família, e adaptado constantemente.

Dessa forma, são instrumentos fundamentais para personalizar o cuidado, identificando necessidades, definindo metas terapêuticas, estratégias e responsabilidades de forma participativa entre o acolhido, sua família e a equipe multidisciplinar.

Adicionalmente, a Resolução CONAD nº 1, de 2015 torna obrigatória a criação de um programa de acolhimento, detalhando seu modelo de atenção, objetivos gerais, organização da rotina, critérios de acolhimento e desligamento, estrutura da equipe e processos de avaliação:

“ Art. 6º São obrigações das entidades que promovem o acolhimento de pessoas com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, dentre outras:

(...)

I - possuir e cumprir seu programa de acolhimento, que também deverá conter as normas e rotinas da entidade;...”

Após a análise dos formulários, observou-se que apenas 61,9% da direção das comunidades terapêuticas afirmaram elaborar os projetos, o que revela que em

várias instituições este importante instrumento está completamente ausente. Em outras entidades, foi verificado grande desconhecimento sobre as exigências e regulamentação do PTS.

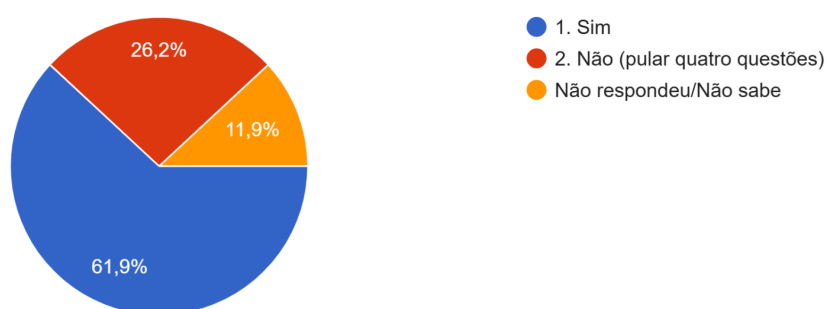
Nesse sentido, muitas instituições não souberam responder qual é o prazo para a criação do PTS. Algumas indicaram prazos variados, desde 10 dias a um mês, mas sem um padrão estabelecido.

A maioria das respostas não especifica quais elementos compõem o projeto terapêutico singular. Há pouca participação de equipes multidisciplinares na construção do PTS. Em algumas instituições, o plano é atualizado apenas anualmente ou a cada seis meses. Em muitos casos, nunca é atualizado ou não há resposta sobre sua frequência de revisão.

A ausência de um PTS bem estruturado pode comprometer a eficácia do acolhimento, dificultando o acompanhamento individualizado e a evolução dos acolhidos no tratamento.

A instituição desenvolve PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR?

42 respostas



4.1.2 Violação da Norma sobre Período de Acolhimento

A Resolução CONAD nº 1, de 2015 estabelece que:

“Art. 6º São obrigações das entidades que promovem o acolhimento de pessoas com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, dentre outras:

(...)

§ 1º O acolhimento não poderá exceder o limite de doze meses no período de vinte e quatro meses.

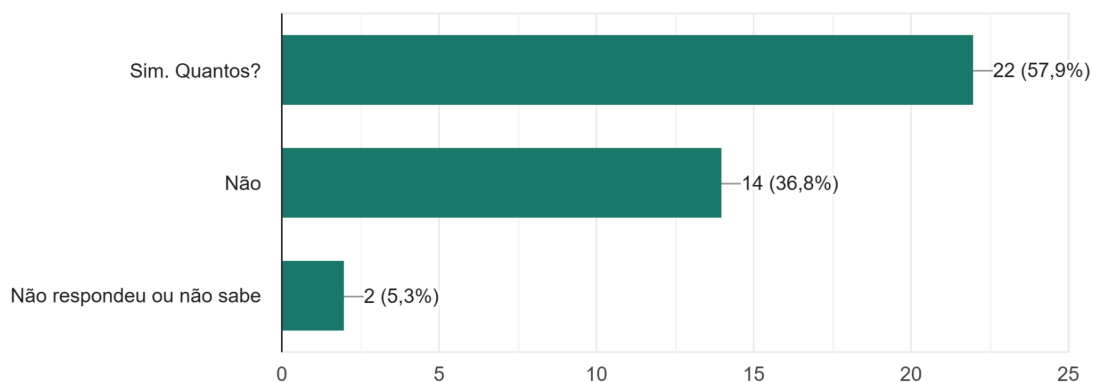
§ 2º A fim de se evitar a institucionalização, no período de até seis meses subsequente ao último desligamento, o novo acolhimento deverá ocorrer mediante justificativa fundamentada da equipe da entidade, em parceria com a rede de cuidados, decisão que deverá ser inserida no PAS.”

Verificou-se que, em 57,9% das comunidades terapêuticas, os períodos de acolhimento ultrapassam o limite de 1 ano, contrariando as diretrizes estabelecidas. De acordo com relatos das próprias direções, há acolhimentos com duração significativamente prolongada.

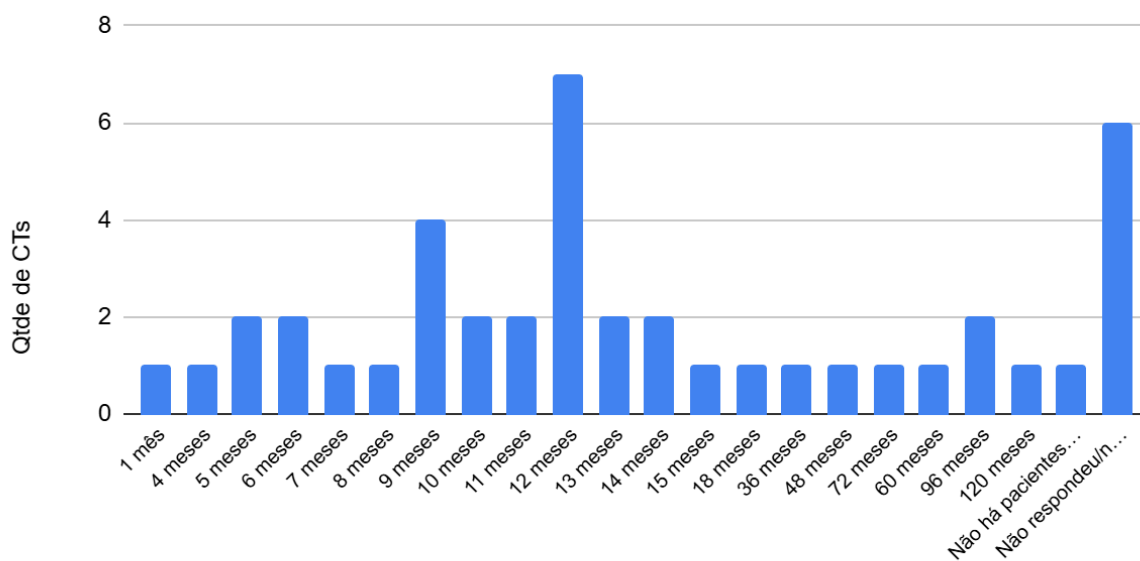
Na Paraíba, por exemplo, foi informado que o período mínimo de permanência é de 12 meses, podendo ser estendido de forma voluntária, caso seja do interesse do acolhido. Já no Rio Grande do Sul, há registros de permanência por até 3 anos. Em Rondônia, o tempo de permanência relatado foi de até 5 anos. Em Sergipe, foram indicados acolhimentos que perduram por até 8 anos. Por fim, em Mato Grosso foram relatados casos de acolhimento com duração de até 10 anos.

Há casos que ultrapassam período máximo?

38 respostas



Tempo de Internação



Tempo em que o paciente mais antigo está internado nesta instituição

4.1.3 Interlocução das Comunidades Terapêuticas com os Serviços de Saúde

O art. 23-A da Lei nº 11.343, de 2006 prevê que o *“tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde”*. Na mesma linha, a RDC ANVISA nº 29, de 2011 estabelece que:

“Art. 8º As instituições devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de SPA, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde.

[...]

Art. 22. As instituições devem indicar os serviços de atenção integral à saúde disponíveis para os residentes, sejam eles públicos ou privados.”

Assim, nas inspeções realizadas buscou-se avaliar a integração e a comunicação dessas instituições com os serviços de saúde, essencial para garantir que o acolhido receba acompanhamento contínuo, integral e humanizado — antes, durante e após o acolhimento.

Conforme respostas da direção, 52,4% das comunidades inspecionadas não possuem essa integração ou desconhecem tal vínculo.

Entre as comunidades que interagem com a rede de saúde, a interlocução geralmente ocorre com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais locais, como o Hospital de Referência de Aracaju ou o Hospital de Urgência de Sergipe.

Essa dinâmica inclui encaminhamentos para atendimentos médicos, psiquiátricos e odontológicos, além de suporte em casos de emergências ou crises.

As formas de interlocução variam desde contatos informais com profissionais de saúde até parcerias formalizadas, como a assinatura de protocolos ou a participação em reuniões regulares com a rede de atenção. Conforme respostas da equipe, 33,3% delas têm reuniões com a RAPS.

No entanto, há relatos de dificuldades, como a falta de retorno por parte dos serviços de saúde, a ausência de transporte adequado ou a burocracia no acesso a medicamentos e exames.

Por outro lado, as comunidades que não mantêm interlocução justificam-se pela falta de conhecimento sobre como estabelecer esses vínculos, ausência de profissionais capacitados para mediar a comunicação ou percepção de que os serviços de saúde não são acessíveis geograficamente.

A ausência de registros formais de atendimentos e a falta de supervisão por equipes de saúde externa também são pontos críticos identificados. Além disso, poucas comunidades indicam a presença de profissionais de saúde próprios, o que reforça a dependência da rede pública.

Nas inspeções, foi feito o seguinte questionamento à Direção: ***“Se há articulação entre o TRABALHO DESENVOLVIDO PELA INSTITUIÇÃO e a REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, de que forma?”***

Relatos da Direção

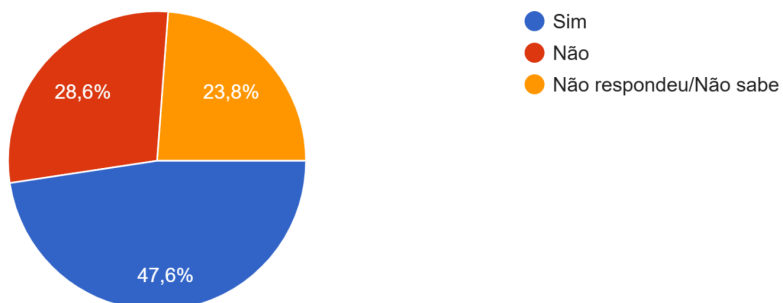
“Não leva pacientes para o CAPS, mas leva para consulta com psiquiatra e também já levaram no São José que é a urgência de psiquiatria do estado.” Instituto Batalhão da Restauração - Comunidade Terapêutica da Restauração - Feminina E Masculina - Cristovão/SE

“O contato com a rede de atenção psicossocial ocorre quando há necessidade do recebimento de benefícios ou por ordem judicial para comparecimento ao CAPS.” Centro De Reabilitação Incluir - Gravataí/RS

“Não há articulação pela CT, mas a assistente social da CT orienta/alerta as famílias a buscar as RAPS e CAPS da residência, para dar seguimento.” Comunidade Terapêutica Recomeçar - Itaguaí/RJ

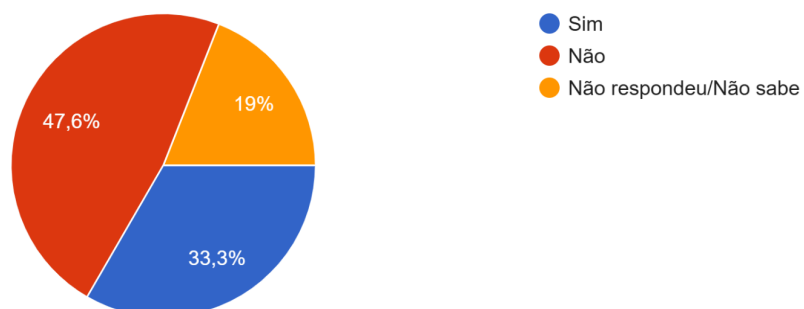
Há articulação entre o TRABALHO DESENVOLVIDO PELA INSTITUIÇÃO E OUTROS SETORES, para além dos serviços de saúde como a RAPS? (SUAS, por exemplo)

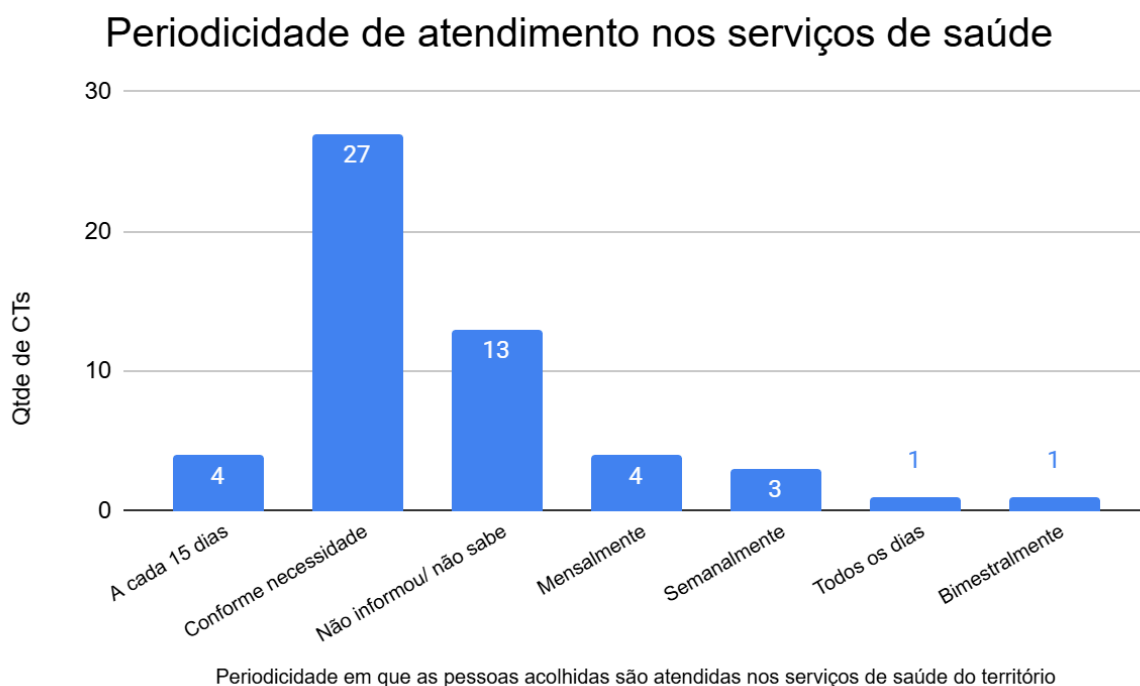
42 respostas



Há REUNIÕES ENTRE A EQUIPE TÉCNICA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) do território?

42 respostas





4.1.4 Internações Voluntárias e Involuntárias

O ingresso de pessoas nas comunidades terapêuticas deve atender ao disposto na Lei nº 11.343, de 2006 (alterada pela Lei nº 13.340, de 2019) que, no seu art. 23-A, §3º, incisos I e II e §2º, estabelece a distinção entre “internação voluntária” e “internação involuntária” e disciplina locais em que esta pode ser realizada:

I - **internação voluntária**: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas;

II - **internação involuntária**: 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. (grifo nosso)

[...]

§ 2º 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.”

O acolhimento e a permanência em comunidades terapêuticas, por expressa previsão legal, devem ser voluntários. O art. 26-A do normativo citado ainda determina que *“o acolhimento do usuário ou dependente de drogas na comunidade terapêutica acolhedora caracteriza-se por adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas”* (art. 26-A, II).

Da mesma forma, a RDC Anvisa nº 29, de 2011, art. 19, incisos III e IV, estabelece que, durante o acolhimento, as instituições devem garantir aos acolhidos:

“ III - a **permanência voluntária**;

IV - a **possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento**, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico.”(grifo nosso)

Assim, fica evidente que a permanência em comunidades terapêuticas depende da voluntariedade do próprio acolhido, e não de seus familiares, em todo o período de permanência.

Quanto à internação involuntária, a Nota Técnica ANVISA CSIPS/GGTES nº 3, de 2024 destaca que é possível apenas em serviços de saúde, seguindo as disposições da Lei nº 10.2016, de 2001 e da Lei nº 11.343, de 2006 (alterada pela Lei nº 13.840, de 2019) que em seu art. 23-A, §2º, especifica que a internação de pessoas que fazem uso de drogas, **ainda que voluntária, somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais dotados de equipes multidisciplinares.**

Nesse sentido, o art. 23-A, §9º, da Lei nº 11.343, de 2006 é explícito: *“É vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras”*.

Ressalta-se que tanto o acolhimento quanto a internação involuntários sem respaldo legal configura grave violação dos direitos fundamentais. O direito à liberdade é garantido pela Constituição Federal (Art. 5º, LIV), e sua restrição sem devido processo pode configurar crime de sequestro ou cárcere privado, conforme tipificado no Código Penal (Art. 148).

É importante destacar que a substituição da vontade da pessoa em uso problemático de álcool e outras drogas por meio da curatela é uma medida excepcional e limitada, que não pode anular a vontade do indivíduo, sob pena de negar sua dignidade e seus direitos fundamentais.

Durante as inspeções, foram feitos os seguintes questionamentos aos acolhidos: **“Como você veio para cá? Quem te trouxe até aqui?”**

Relatos dos acolhidos:

“Ele não queria vir, foi a mãe quem chamou a CT e vieram buscá-lo à força.” **Comunidade Recomeçar Terapêutica - Itaguaí/RJ**

“Mãe trouxe forçado, QUER SAIR, precisa alugar casa, mãe mora de favor e não o aceita. Veio de remoção com eles, 3 pessoas trouxeram a força.” **Resgatando Vidas - Suzano/SP**

“A tia que o trouxe de carro, dizendo que ia levar para casa nova. Internação involuntária. Foi resgatado pela ambulância e ao chegar na CT foi agredido pelo Japonês.” **Comunidade Terapêutica Resgatando Vida - Suzano/SP**

“Veio de ambulância, acha que foi sua irmã quem entrou em contato com a CT para buscá-lo, veio contido por amarras contra a sua vontade.” **Comunidade Terapêutica Resgatando Vidas-Suzano/SP**

“Veio contra a sua vontade. A irmã ligou para a CT e duas pessoas da CT foram buscá-lo. Prenderam suas pernas, seguraram seus braços, colocaram-no no banco de trás de um carro e o trouxeram.

*Diz que pesava 70 quilos e emagreceu muito na CT. Não quer ficar na CT". **Comunidade Terapêutica Recomeçar LTDA - Itaguaí/RJ***

Assim, não encontra respaldo legal a "internação" em qualquer modalidade em comunidades terapêuticas, bem como é irregular a admissão involuntária ou compulsória nestas comunidades.

É importante destacar que a Resolução CONAD nº 1, de 2015 prevê como obrigação das comunidades terapêuticas:

"Art. 6º - São **obrigações** das entidades que promovem o acolhimento de pessoas com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, dentre outras:

[...]

IV - **informar, de modo claro**, os critérios de admissão, **permanência e saída**, bem como o programa de acolhimento da entidade, que devem receber a anuência prévia, por escrito, do acolhido". (grifo nosso)

Contudo, as respostas obtidas indicam que os acolhidos não possuem informações claras sobre o prazo de sua permanência e possibilidade de saída da entidade.

Nas inspeções, foram feitos os seguintes questionamentos aos acolhidos:
"Por quanto tempo você acredita que ficará internado nesta comunidade? Se você não quiser permanecer no tratamento, você tem esse direito?"

Relatos dos acolhidos:

"Não sabe precisar o tempo de estadia na CT, todavia manifesta o desejo de ir embora, pois entende que o local não é humanizado."
Valet's Recomeço - Francisco Morato/SP

"O juiz não disse, não tem previsão. Os funcionários dizem que não é para ficar falando com a mãe, ficam dificultando a saída. Só sai com ordem do juiz, mas se pudesse ia para Tamandaré." **Sober House - São Lourenço da Mata/PE**

“Queriam que ele ficasse 06 meses. Tem interesse de já ir embora, por questões de saúde e filho. Quando chegou deram um comprimido que apagou e ficou dois dias desorientado. Não é permitida a saída ao não demonstrar interesse em permanecer aqui. Afirma que a comunidade dopa quando ocorre esse interesse, relatando até medicação na alimentação.” **Centro Terapêutico Jesus no Lar - Campina Grande/PB**

“Quer sair e não consegue porque é cego.” **Comunidade Terapêutica Acolhedora El Brit - Cuiabá/MT**

4.1.5 Isolamento e Restrições no Acesso aos Meios de Comunicação

Conforme art. 26-A da Lei 11.343, de 2006, o acolhimento do usuário ou dependente de drogas na comunidade terapêutica acolhedora caracteriza-se por:

I - oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência;

II - adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas;

III - ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal, vocacionada para acolhimento ao usuário ou dependente de drogas em vulnerabilidade social;

IV - avaliação médica prévia;

V - elaboração de plano individual de atendimento na forma do art. 23-B desta Lei; e

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

§ 1º Não são elegíveis para o acolhimento às 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”.

As inspeções realizadas nesses estabelecimentos revelaram que a configuração das comunidades terapêuticas como espaços de confinamento se dá por meio de um conjunto de práticas e características que, isolada ou conjuntamente, impõem restrições à livre circulação e ao contato com o mundo exterior.

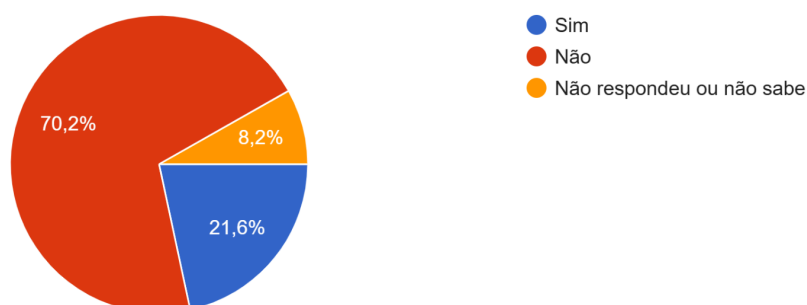
Entre essas práticas, destaca-se a localização em áreas de difícil acesso, frequentemente cercadas por muros, grades e portões — e, em alguns casos, com a presença de vigilância. A maioria das instituições visitadas impede a livre saída dos usuários e adota medidas punitivas em casos de tentativa de fuga.

Também foi identificada, em algumas comunidades, a retenção indevida de documentos pessoais, pertences, cartões bancários e meios de acesso a benefícios previdenciários, configurando mais uma forma de controle e violação de direitos.

Além disso, durante as inspeções, foi constatada a prática reiterada de isolar residentes como forma de sanção disciplinar, o que configura violação da legislação vigente. Foram colhidos relatos do isolamento feito por meio do confinamento da pessoa acolhida em quartos, às vezes associado com administração de medicamentos e até a contenção física.

d) Se são aplicadas sanções, responder: Há isolamento?

171 respostas



4.1.6 Restrições no Acesso aos Meios de Comunicação e Divulgação das Regras Vigentes nas Comunidades Terapêuticas

Conforme art. 6º, incisos IV e X, da Resolução CONAD nº 1, de 2015, os acolhidos devem ser informados sobre o programa de acolhimento, e é vedado restringir o acesso a meios de comunicação e o contato com familiares, *litteris*:

“Art. 6º São obrigações das entidades que promovem o acolhimento de pessoas com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, dentre outras:

(...)

IV - informar, de modo claro, os critérios de admissão, permanência e saída, bem como o programa de acolhimento da entidade, que devem receber a anuência prévia, por escrito, do acolhido.

X - permitir a visitação de familiares, bem como **acesso aos meios de comunicação** que permitam contato com familiares”.

Contudo, a maioria das comunidades terapêuticas inspecionadas restringe o acesso a meios de comunicação, inclusive como forma de punição, impedindo o acesso a telefonemas, correspondências e visitas.

As cartas enviadas pelos acolhidos muitas vezes são lidas pela administração antes do envio, o que compromete a liberdade de expressão. Essas práticas são justificadas como parte do controle disciplinar das comunidades, mas geram questionamentos éticos e jurídicos sobre a violação de direitos fundamentais.

Somente 6 (seis) comunidades terapêuticas confirmaram que entregam material escrito com as regras ou regimento da instituição. Outras maneiras de divulgação são: no ingresso na instituição, através de conversa individual e coletiva para orientar deveres e obrigações; fixação em mural e informação aos responsáveis.

Como o modelo das comunidades é baseado na imposição hierarquizada de regras e rotina rígida de afazeres, é grave a falta de transparência quanto às regras desde o primeiro momento de acolhimento na instituição.

Durante as inspeções, foram feitos os seguintes questionamentos aos acolhidos: ***“Como foi sua entrada nesta unidade? Você foi atendido pela equipe de saúde? Você foi informado sobre as rotinas do lugar, suas normas internas etc.?”***

Relatos de acolhidos:

“Foi atendido por uma téc. de enfermagem que lhe deu a medicação sedativa por dois dias. Monitores também o atenderam. Não foi informado sobre normas, apenas que estava internado.” **Centro Terapêutico Jesus no Lar - Campina Grande/PB**

“Não teve atendimento de equipe de saúde, não houve informações de como seria a rotina do lugar.” **Comunidade Terapêutica Nova Aliança - Macapá/AP**

“Entrou de forma violenta contra vontade, não houve equipe de saúde e sem informação de como seria a rotina do lugar.” **Comunidade Terapêutica Nova Aliança - Macapá/AP**

“Não foi recebido por nenhuma equipe de saúde e não explicaram nada.” **Comunidade Terapêutica Resgatando Vidas - Suzano/SP**

4.1.7 Sanções, Punição, Castigo e Indícios de Tortura

A Constituição proíbe expressamente a tortura e qualquer tratamento desumano ou degradante. O artigo 5º, incisos III e XLIII, estabelece que a tortura é crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão.

A Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes é um dos principais instrumentos do direito internacional sobre direitos humanos, reforçando a proibição absoluta da tortura em qualquer situação. É um tratado internacional adotado pela Assembleia-Geral da ONU, em 10 de dezembro de 1984, com o objetivo de prevenir e erradicar a prática

da tortura em todo o mundo. Entrou em vigor em 26 de junho de 1987, e foi promulgado no Brasil pelo Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991.

De acordo com o art 1º da Convenção, tortura é:

“Qualquer ato pelo qual uma dor ou sofrimento grave, físico ou mental, é intencionalmente infligido a uma pessoa, com o objetivo de obter informações, punição, intimidação ou coerção, quando realizado por agentes do Estado ou com sua permissão”.

O **Código Penal (Art. 136)** criminaliza os maus-tratos, incluindo a privação de alimentação e a imposição de trabalho excessivo ou inadequado. Já o **Art. 146** trata do **constrangimento ilegal**, proibindo qualquer tipo de coerção violenta ou ameaça contra indivíduos.

E a **Lei nº 9.455, de 1997**, conhecida como **Lei da Tortura**, por sua vez, tipifica como crime qualquer ato que cause intenso sofrimento físico ou mental, quando aplicado como castigo ou forma de coerção.

Diante desse arcabouço normativo, é inadmissível o uso, nas comunidades terapêuticas, de práticas abusivas como a contenção mecânica e uso de medicação forçada, entre outros, métodos muitas vezes utilizados sob a justificativa de “disciplinar” os acolhidos.

Não obstante, as respostas dos acolhidos revelam casos de violência física e psicológica, como agressões verbais e ameaças constantes. Também foi identificado o uso de contenção física em 20,8% e de contenção química em 32% das comunidades inspecionadas.

A análise das respostas fornecidas revela um cenário preocupante quanto aos procedimentos adotados diante de casos de tortura contra pessoas acolhidas e quanto ao papel da equipe de saúde nessas situações. A maioria das comunidades não relatou a ocorrência de casos concretos ou demonstrou conhecimento limitado sobre como lidar com tais eventos.

Cerca de 80% das respostas indicaram a ausência de registros de tortura, com expressões como “não há”, “não houve casos” ou “não se aplica”. Esse padrão

sugere que, segundo os respondentes, a tortura não é uma prática reconhecida nas unidades inspecionadas.

No entanto, algumas respostas mencionaram procedimentos hipotéticos ou genéricos, como o acionamento da polícia ou dos bombeiros, a remoção do agressor ou a tentativa de resolver a situação por meio do diálogo. Essas medidas foram citadas sem comprovação de aplicação prática, reforçando a percepção de que não há um histórico documentado de incidentes.

Apenas duas respostas afirmaram que há atuação da equipe de saúde, mas sem fornecer detalhes concretos sobre as ações tomadas, o que dificulta a compreensão do nível de envolvimento desses profissionais.

Durante as inspeções, foi feito o seguinte questionamento aos acolhidos e às equipes de saúde: ***“Há contenção química e mecânica e quais?”***

Relatos de acolhidos:

“Mata-leão; enforcamento colocando no chão, xingamentos”. **Centro Terapêutico Jesus no Lar - Campo Grande/PB**

“3 doses de garapa - alta dose de psicotrópico”. **Centro Terapêutico Jesus no Lar - Campo Grande/PB**

Relatos das Equipes:

“A enfermeira aplica os medicamentos e a equipe disciplinar aplica a contenção mecânica”. **Centro Terapêutico Recomeçar - Itaguaí/RJ**

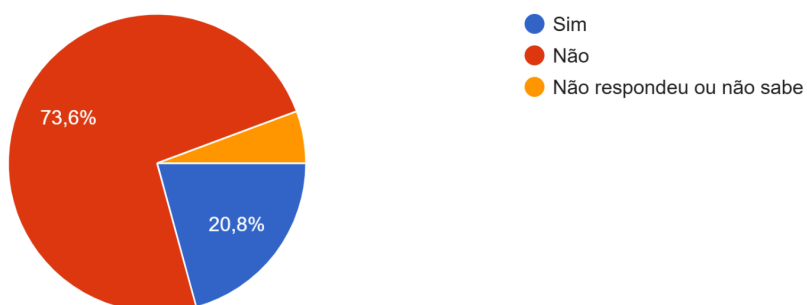
“Eles dão o remédio. Os remédios são batidos e a pessoa fica 3 dias igual a um zumbi”. **Centro Terapêutico Recomeçar - Itaguaí/RJ**

“Os próprios monitores que fizeram curso de primeiros socorros, imobilizam e levam para uma emergência psiquiátrica em casos de surto (no caso da contenção mecânica). A princípio, o entrevistado falou que são realizadas contenções químicas com aplicação de medicamentos psicotrópicos injetáveis por um dos monitores, mas ao ser solicitado o Certificado de habilitação para esse tipo de

procedimento, disse que se confundiu e não era isso que quis dizer, negando o que tinha falado antes. As contenções mecânicas são realizadas pelos monitores”. Associação Divina Misericórdia Nova Jericó - Marechal Deodoro/AL

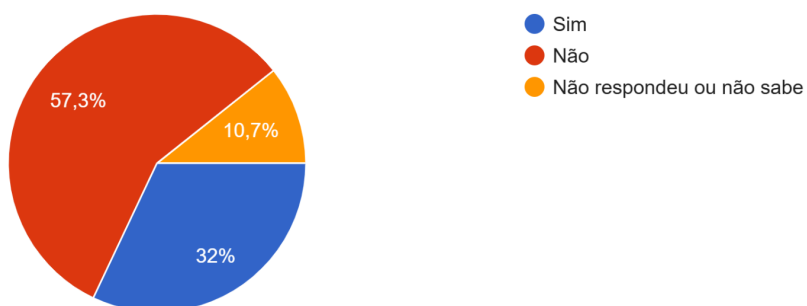
45. São realizadas contenções mecânicas?

53 respostas



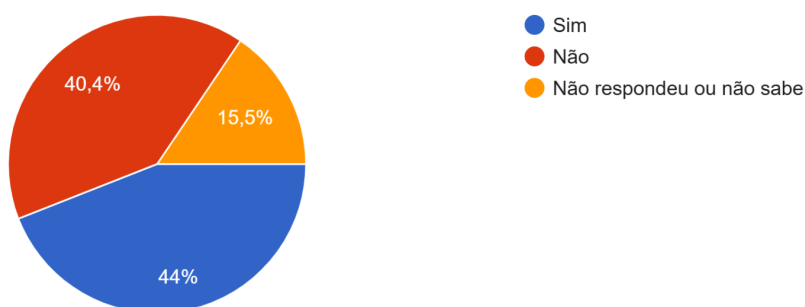
22. Há contenções químicas?

206 respostas



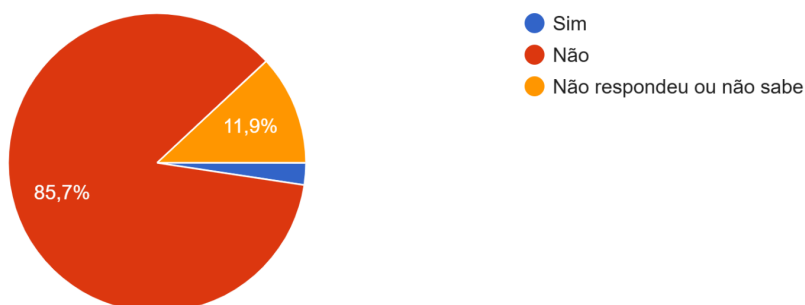
c) Se alguém ficar muito agitado, eles (a instituição) fazem uso de medicação para a pessoa?

193 respostas



No ultimo ano, algum PROFISSIONAL da unidade foi denunciado por prática de TRATAMENTO CRUEL OU TORTURA?

42 respostas



4.1.8 Violação à Liberdade Religiosa e à Diversidade Sexual

Liberdade Religiosa

A liberdade religiosa é um direito fundamental garantido pela Constituição Federal de 1988, especificamente no artigo 5º, inciso VI, que assegura a todos o direito de professar e praticar qualquer religião, bem como a liberdade de consciência e crença. Além disso, o Brasil é um Estado laico, conforme o artigo 19, inciso I, o que significa que o Estado não pode estabelecer, favorecer ou impor qualquer religião.

As práticas das comunidades terapêuticas configuram violações de direitos quando impõem às pessoas privadas de liberdade a participação em atividades

religiosas específicas ou, de forma ainda mais grave, quando associam a ideia de cura à adesão a determinada crença religiosa.

A participação em comunidades terapêuticas deve ser voluntária e a pessoa acolhida precisa estar ciente de eventuais práticas religiosas antes da adesão. Se a adesão for forçada ou sem opção real de escolha, pode-se argumentar que há uma violação da liberdade de crença.

A Resolução CONAD nº 01, de 2015, por sua vez, estabelece diretrizes para o funcionamento das comunidades terapêuticas e um de seus princípios fundamentais é o respeito à liberdade de crença. Seu artigo 3º, inciso III, determina que:

"o acolhimento deve respeitar a liberdade e a diversidade religiosa, cultural e ideológica da pessoa acolhida".

Além disso, o artigo 8º, inciso V, também exige que as comunidades informem claramente sua orientação religiosa ou filosófica no momento da admissão, para garantir que a pessoa faça uma escolha consciente.

A inspeção realizada em 43 comunidades terapêuticas revelou que a grande maioria delas, 85%, oferece assistência religiosa às pessoas acolhidas.

Dentre as atividades religiosas mencionadas, destacam-se cultos, missas, reuniões denominadas “hora da espiritualidade”, orações em conjunto, devocionais, visitas à igreja, momentos de adoração, meditação na palavra bíblica, ensino bíblico, visitas de entidades religiosas, exibição de filmes religiosos, recitação do terço, pregações, confissões e louvores.

Verificou-se que em algumas comunidades terapêuticas a participação nas rotinas religiosas é obrigatória, violando a necessidade de assegurar que tais práticas respeitem a diversidade de crenças e a liberdade individual dos acolhidos.

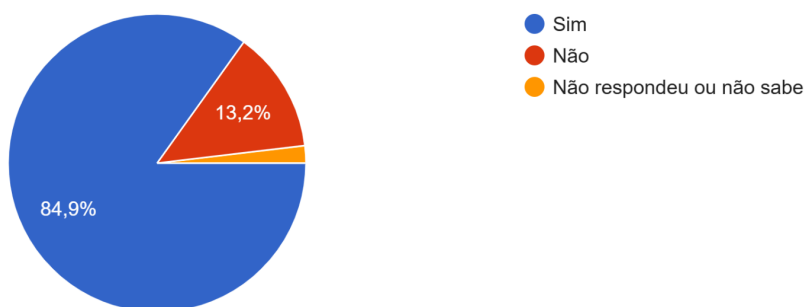
Segundo as respostas dadas pelas direções das comunidades terapêuticas, em cerca de 32% das unidades inspecionadas há regras relacionadas à participação das pessoas acolhidas em atividades religiosas.

Ao quebrarem as regras, apesar de a maioria ter relatado não haver punição, alguns relataram a existência de medidas como conversas com o acolhido, aplicação de uma "disciplina" (limpar a casa, lavar os pratos, capinar), ficar sem assistir televisão/futebol, e um, inclusive, relatou *“inicialmente, é realizado um diálogo. Se após o diálogo não houver o respeito às regras, não será possível permanecer na comunidade”* (Chácara Geração Eleita - Porto Velho/RO).

Alguns acolhidos relataram punições relacionadas à religião como ter que rezar o rosário, ter que escrever versículos bíblicos e ter conversas com os religiosos.

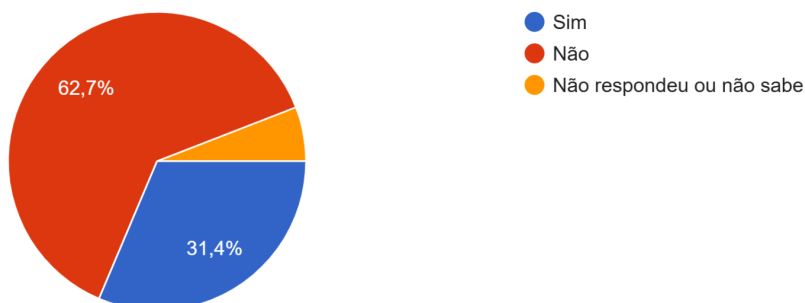
16. A comunidade oferece assistência religiosa às pessoas acolhidas?

53 respostas



17. Há aplicação de regras relacionadas a questões religiosas?

51 respostas



Diversidade Sexual

A Resolução nº 1, de 2015 do CONAD também estabelece que as instituições devem respeitar os direitos humanos, incluindo a dignidade e a identidade de cada acolhido, sem discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT foi instituída por meio da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011³⁵, e Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017 (Anexo XXI)³⁶ no âmbito do Sistema Único de Saúde. O normativo estabelece diretrizes para garantir que identidade de gênero e orientação sexual não sejam barreiras ao acesso a tratamentos. Entre seus princípios, destaca-se o combate à discriminação nos serviços de saúde, incluindo espaços de acolhimento como comunidades terapêuticas.

Além disso, as Resoluções nº 01, de 1999 e nº 01, de 2018 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) proíbem práticas que busquem reverter a orientação sexual ou identidade de gênero dos acolhidos.

De acordo com as informações colhidas com diretores das comunidades terapêuticas, em ao menos 19 de 43 instituições visitadas há acolhidos que são pessoas LGBTQIA+. Isso significa cerca de metade das unidades inspecionadas.

As pessoas que responderam ao questionário relataram, em sua maioria, não haver discriminação e haver um atendimento respeitoso ao público LGBTQIA+. Contudo, quase 20% revelaram não poder se expressar de acordo com sua identidade de gênero.

Além disso, a visitação para acolhidos em relacionamentos homoafetivos não é permitida em cerca de 25% das instituições, de acordo com as respostas dadas pelas equipes.

Durante as inspeções, foi feito o seguinte questionamento aos acolhidos: **“Como esse atendimento é realizado?”**

³⁵Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html Acesso dia 11 jun 2025.

³⁶ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em 5 set. 2025.

Relatos de acolhidos:

“logo que eu cheguei aqui eu disse que eu era lésbica, mas eu me sinto discriminada. Eu vim procurar tratamento para meu vício, mas não tenho problemas com a minha orientação sexual, porém, aqui eles são evangélicos e eles ficam falando o tempo todo que ser gay é pecado. Eu não estou interessada na cura gay, então quando eles falam esses assuntos eu me sinto torturada psicologicamente. E eu fico com raiva, fico triste e isso piora o tratamento do vício.”

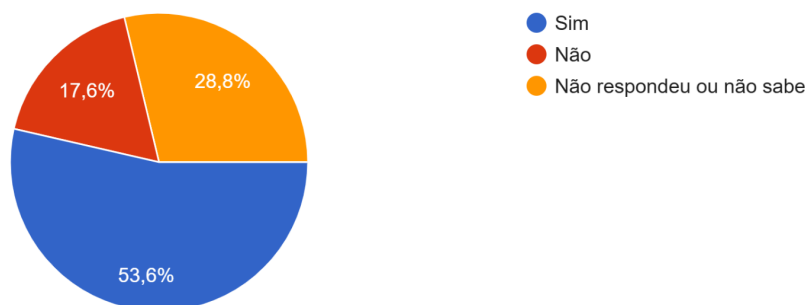
Associação Casa Do Oleiro (Casa do Oleiro) - Teresina/PI

“lá, se for homem vestido de mulher, não recebem; se for mulher vestido de homem sim, mas tem que se adaptar quanto às roupas.”

Casa de Apoio Feminino por Amor - Rio de Janeiro/RJ

b) Em caso de resposta positiva para a comunidade receber o público LGBTQIA+, responder: As pessoas podem se expressar de acordo com sua identidade de gênero?

153 respostas



4.1.8 Laborterapia e Atividades de Reinserção Social

A forma como a laborterapia é realizada em algumas comunidades terapêuticas inspecionadas contraria o art. 16 da Resolução CONAD nº 1, de 2015 que exige a existência de espaço e/ou organização de atividades de oficinas destinadas à reinserção social dos acolhidos:

“Art. 16. Atividades de capacitação, de promoção da aprendizagem, de formação e as práticas inclusivas são aquelas que buscam a inserção e a reinserção social, o resgate ou a formação de novas habilidades

profissionais, práticas ou para a vida, e o aprendizado de novos conhecimentos, de modo a promover o empoderamento e o desenvolvimento das habilidades sociais do acolhido”.

§ 1º As atividades a que se refere o caput deverão ser desenvolvidas em ambiente ético e protegido, não podendo ser realizadas em locais que exponham o acolhido à situação de constrangimento ou de vulnerabilidade, como ações em vias públicas de vendas de produtos ou de arrecadação de recursos, ou outras atividades congêneres.

§ 2º As atividades práticas inclusivas a que se refere o caput poderão ser regidas pela Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, que trata do voluntariado, exceto quando houver a formação de vínculo empregatício, hipótese em que será aplicada a legislação trabalhista”.

Logo, laborterapia deveria ser uma prática que propõe a realização de atividades laborais (como jardinagem, artesanato, carpintaria, entre outras) como forma de promover a reestruturação da rotina, o sentido de responsabilidade, a valorização pessoal e a reintegração social visando ao respeito às singularidades a partir de interesses e habilidades dos sujeitos.

Contudo, muitas comunidades terapêuticas inspecionadas caracterizam como “laborterapia” a realização de atividades de limpeza, cozinha e organização geral do espaço pelos próprios acolhidos.

É importante lembrar que a “laborterapia” surgiu da visão histórica do trabalho como forma de “terapia”, o que teve início no século XVIII, a partir da posição moral que via o trabalho como forma de manter a saúde mental por meio da disciplina.

No século XX, surgiram iniciativas que passaram a usar o trabalho como meio de expressão pessoal, rompendo com o modelo anterior de normatização comportamental. Também nessa época, o termo “laborterapia” passou a ser usado para descrever práticas terapêuticas no ambiente de trabalho, voltadas para questões técnicas e interpessoais.

Com a Reforma Psiquiátrica, essas abordagens tradicionais foram questionadas e superadas. A psicologia e a terapia ocupacional propuseram novas formas de cuidado. Nesse novo modelo, o trabalho é valorizado como instrumento

de inclusão e reinserção social, e não mais como ferramenta de controle ou exploração³⁷.

Assim, verificou-se que, em algumas situações, a laborterapia caracterizava-se, em verdade, como prática destinada a substituir a contratação de profissionais pelo uso de mão de obra dos acolhidos – sem remuneração, sem qualquer garantia trabalhista, sem fornecimento de equipamentos de proteção individual adequados, sem acompanhamento por profissionais responsáveis e sem qualquer capacitação dos envolvidos no trabalho.

Além disso, constatou-se a ocorrência, em alguns casos, de realização de serviços de construção civil por acolhidos, que os executavam sem nenhuma supervisão e/ou capacitação e sem o fornecimento de equipamentos de proteção individual.

Por outro lado, outras comunidades afirmaram realizar atividades laborais terapêuticas de forma estruturada, envolvendo tarefas como cultivo de hortas, artesanato e pequenas atividades de manutenção, sempre sob supervisão e com objetivos terapêuticos claros, como o desenvolvimento de habilidades sociais e a promoção da autoestima.

Nessas comunidades, observou-se a existência de cronogramas organizados e a participação voluntária dos acolhidos, com supervisão adequada por parte da equipe técnica.

Outro ponto relevante é a percepção sobre a adequação das atividades às condições de saúde dos acolhidos. Comunidades mais organizadas relatam a realização de avaliações prévias para garantir que as tarefas sejam compatíveis com o estado físico e mental de cada interno, enquanto outras não demonstram essa preocupação, o que pode indicar riscos à saúde.

Durante as inspeções, foram feitos os seguintes questionamentos aos acolhidos: ***“Como é o seu dia a dia nesta comunidade terapêutica? Quais atividades você desenvolve diariamente?”***

³⁷ Conceitos históricos baseados no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas de 2017. Disponível em <https://www.mpf.mp.br/pfdc/midiатеca/nossas-publicacoes-pfdc>. Acesso em 11 de jun. de 2025.

Relatos de acolhidos:

“Todo dia realizam atividades domésticas (lavar louça, passar pano, vassoura); relata a existência de alguns trabalhos braçais como cimento, brita. Há orações de 20 minutos diárias; algumas vezes reuniões chamadas temáticas, sobre drogas.” **Centro Terapêutico Jesus no Lar - Campina Grande/PB**

Também, foi feito o seguinte questionamento aos acolhidos: ***“O trabalho é imposto como uma obrigação?”***

“É imposto. Não pode ficar parado”. **Espaço Terapêutico Fazendinha - Campo Grande/MS**

“Sim, tem que fazer, senão apanha.” **Fazenda Incluir - Gravataí/RS**

Ainda sobre o tema, houve o seguinte questionamento: ***“Se há atividades de trabalho para as pessoas acolhidas, responder:”***

Relatos da Equipe:

“Sim. Todos os acolhidos têm que limpar e organizar suas coisas e os banheiros. Os banheiros dos quartos ficam na responsabilidade dos que ficam alojados no quarto. Os banheiros coletivos tem uma equipe de limpeza que são compostas pelos acolhidos. Todos os serviços de cozinha, limpeza são realizados pelos próprios acolhidos. Acredita que tem uma faxineira contratada. Os acolhidos que participam da cozinha e limpeza coletiva trabalham mais tempo e depois tem um tempo de descanso maior os que estão na cozinha são voluntários e possuem mais atrativos como comer antes. Estão fazendo uma obra (construção de dormitório e banheiro) são acolhidos que se voluntariam a fazer isso... trabalham normalmente das 8 às 11 e depois das 14 às 16:30. tem dia que não trabalham porque chove e falta material. Todos os acolhidos recebem ordens e determinações dos coordenadores [...], todos já foram acolhidos, mas não sabe qual a forma de contratação e pagamento.” **Espaço Terapêutico Fazendinha - Campo Grande/MS**

“Limpeza, preparação de alimentos, capinagem, cuidado de animais”

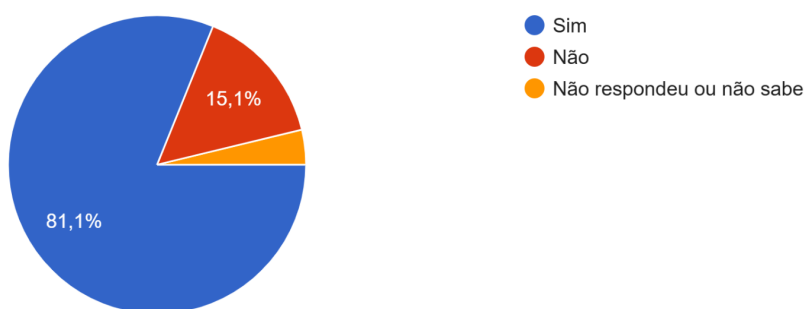
Associação Casa do Oleiro - Teresina/PI

“Com base no livro azul, dos narcóticos anônimos. Limpeza dos quartos, lavagem de roupas, limpeza da comunidade em geral, inclusive ambientes de uso coletivo, cozinha. Geralmente a laborterapia é de 30 a 40 min.” **Centro de Recuperação Leão de Judá Ceará - Caucaia/CE**

“Cada um faz o próprio quarto (laborterapia), rastelo (limpeza do quintal) e tem a equipe que lava os banheiros”. **Centro Terapêutico Recomeçar - Itaguaí/RJ**

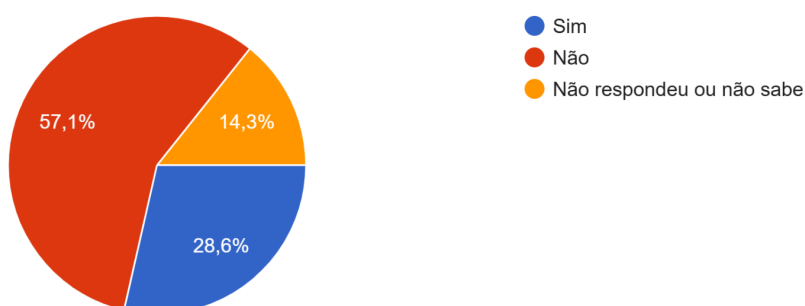
23. Há atividades de trabalho para as pessoas acolhidas?

53 respostas



É realizado algum tipo de serviço de construção civil na comunidade terapêutica?

42 respostas



4.1.8.1 Atividades de Reinserção Social nas Comunidades Terapêuticas

O art. 23-A, incisos II a IV, da Lei nº 13.143, de 2006, prevê que o tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá:

“ 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.”

Na mesma linha, a Resolução CONAD nº 1, de 2015 determina que as comunidades terapêuticas devem garantir acesso à educação formal, quando necessário, em parceria com o poder público, e essas atividades devem promover a reinserção social dos acolhidos.

A análise das respostas fornecidas pelas equipes das comunidades terapêuticas revela um cenário heterogêneo, com práticas que variam desde a ausência total de atividades educacionais até iniciativas bem estruturadas.

Das comunidades inspecionadas, observa-se que a implementação de atividades educacionais ainda é um desafio para muitas delas. Cerca de 51% das equipes entrevistadas nas comunidades terapêuticas relataram **não oferecer atividades educacionais**, justificando a ausência por fatores como falta de profissionais qualificados, ausência de parcerias com instituições educacionais ou dificuldades logísticas, como a distância de centros educacionais. Das 53 respostas, 26 demonstraram haver algum tipo de atividade educacional.

Algumas comunidades mencionaram que os acolhidos já possuem escolaridade básica ou que as atividades educacionais não são uma prioridade no plano terapêutico, focado mais em outras formas de reabilitação, como espiritualidade ou laborterapia.

Contudo, não há evidências científicas de que projetos baseados unicamente na espiritualidade ou laborterapia, e que não possuam outros mecanismos de

produção de novos projetos de vida ou aquisição de capacidades e formação para o retorno ao convívio familiar, ao trabalho ou à comunidade, sejam eficazes no tratamento e na reinserção social das pessoas usuárias de álcool e drogas.

Por outro lado, algumas comunidades demonstraram iniciativas promissoras. Essas comunidades relatam a realização de cursos profissionalizantes, alfabetização, oficinas de leitura e até parcerias com programas governamentais, como o EJA (Educação de Jovens e Adultos). Podem ser citadas como exemplos, a Comunidade Terapêutica Ebenezer (Rio Branco/AC), Lar Dom Bosco (Maceió/AL) e Associação Divina Misericórdia (Marechal Deodoro/AL).

Tais atividades são frequentemente conduzidas por professores voluntários ou por membros da própria equipe técnica, que, em alguns casos, possuem formação pedagógica. Há também menções a atividades realizadas pelos acolhidos, como palestras de conscientização sobre dependência química ou oficinas para a comunidade local, promovendo a reintegração social.

No entanto, a falta de continuidade e de estruturação formal é um problema recorrente. Muitas comunidades que oferecem atividades educacionais não possuem um cronograma fixo ou registros detalhados, o que dificulta a avaliação do impacto dessas iniciativas.

Além disso, a capacitação dos profissionais envolvidos é mencionada como uma necessidade, mas poucas comunidades indicam a realização de treinamentos específicos para a condução dessas atividades.

Durante as inspeções, foi feito o seguinte questionamento aos acolhidos:
“Caso ofereça atividade educacional, responda:”

Relatos dos acolhidos:

“Sim. Foi firmada parceria com o SENAI (com previsão de início em 2025), e matrícula dos acolhidos com somente ensino fundamental para conclusão pelo Ensino de Jovens e Adultos – EJA.”
Comunidade Terapêutica Ebenezer – Rio Branco/AC

“Sim. Filmes religiosos e etc.” **Obra Social Nossa Senhora da Glória Fazenda da Esperança Irmã Cleusa Rody - Manaus/AM**

Para as equipes, foi feito o seguinte questionamento: **“Se há atividades educacionais voltadas às pessoas acolhidas, responder:”**

Relatos das equipes:

“Há cursos de formação profissionalizantes, como padeiro, frentista, barbeiro, apicultura, horta.” **Lar Dom Bosco - Comunidade Terapêutica (Lar Dom Bosco) - Maceió/AL**

“Há cursos, como elétrico. Além disso, já tiveram aula de português com um professor que vinha de fora, mas essas aulas acabaram, não sabendo explicar exatamente o porquê. Acredita que talvez tenha sido pela falta de interesse dos próprios acolhidos.” **Associação Divina Misericórdia - Nova Jericó - Marechal Deodoro/AL**

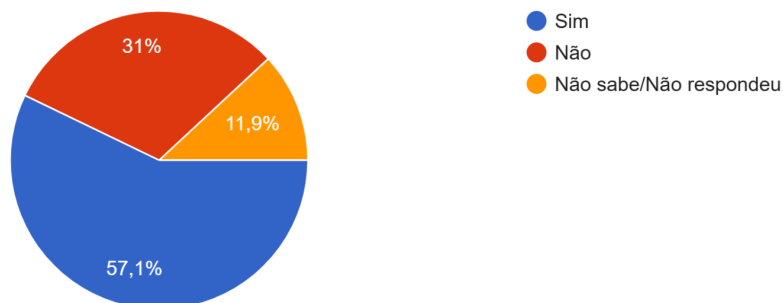
“São ministrados cursos de computação, boeira, doces. Além disso, tiveram por um tempo aulas de português (que acabou por falta de interesse das acolhidas, que preferem ficar descansando ou conversando).”

“EJA, informática, capacitação do Sesc/Senai, costura e padaria.” **Comunidade Terapêutica Tenda de Abraão - Cuiabá/MT**

“Foi firmada parceira com o SENAI (com previsão de início em 2025), e matrícula dos acolhidos com somente ensino fundamental para conclusão pelo Ensino de Jovens e Adultos – EJA.” **Comunidade Terapêutica Ebenezer - Rio Branco/AC**

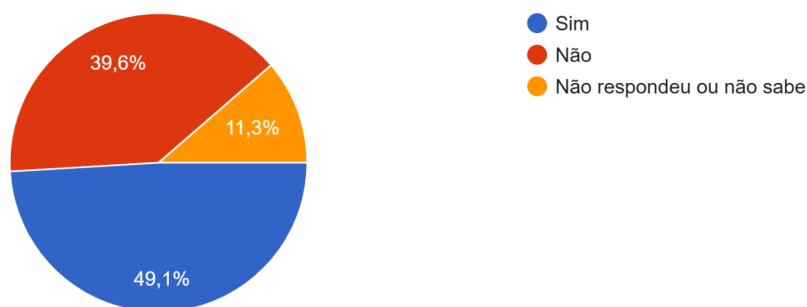
G2 - OFICINA TERAPÊUTICA A instituição desenvolve OFICINAS TERAPÊUTICAS?

42 respostas



26. Há atividades educacionais voltadas às pessoas acolhidas?

53 respostas



4.1.9 Acolhimento de Crianças e Adolescentes

Conforme a Constituição Federal, é dever de todos – Estado, famílias e sociedade – assegurar os direitos e o melhor interesse de crianças e adolescentes com **prioridade absoluta**, ou seja, deve-se sempre adotar a alternativa que garanta que os interesses da criança e do adolescente estejam sempre em primeiro lugar.

O art. 112, § 3º, do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069, de 1990, determina que adolescentes com sofrimento mental ou transtorno psíquico deverão receber tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições.

Já o artigo 19 do ECA enfatiza o direito da criança e do adolescente de ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurando a convivência familiar e comunitária.

A legislação atual e o entendimento dos órgãos de proteção dos direitos da criança e do adolescente no Brasil são no sentido de que comunidades terapêuticas não são ambientes adequados para o acolhimento de adolescentes. O tratamento e a proteção de adolescentes com problemas decorrentes do uso de drogas devem ser realizados por meio da rede de atenção psicossocial e do sistema de proteção social, com foco na reinserção familiar e comunitária. O acolhimento em instituições com características de isolamento e ausência de vínculos familiares e comunitários é incompatível com esses princípios.

A Portaria MS/GM nº 3.088, de 2011 e a Portaria de Consolidação nº 3, de 2017, ambas do Ministério da Saúde, ao incluírem as comunidades terapêuticas como pontos de atenção na RAPS, estabeleceram que essas entidades só podem acolher adultos (inciso II do art. 9º).

Por sua vez, o art. 19, parágrafo único, da Lei nº 11.343, de 2006 (com as alterações da Lei nº 13.840, de 2019), dispõe que *as atividades de prevenção do uso indevido de drogas dirigida à criança e ao adolescente deverão respeitar as diretrizes do Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes*.

A Resolução CONANDA nº 249, de 2024, atualmente vigente, é categórica em proibir o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas:

“Art. 1º Fica expressamente proibido, em todo território nacional, o acolhimento, atendimento, tratamento e acompanhamento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas ou em instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso, ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência, e que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares.

Art. 2º As comunidades terapêuticas deverão se abster de acolher crianças e adolescentes sob qualquer pretexto, sendo restritas ao atendimento de adultos conforme as normativas vigentes.

Art. 3º Cabe ao poder executivo identificar as crianças e adolescentes que estão em comunidades terapêuticas e desenvolver um plano de desinstitucionalização para o restabelecimento dos seus direitos, sua proteção e o seu devido atendimento.”

Além disso, a Nota Técnica CNPG nº 12, de 2022, do Conselho Nacional de Procuradores Gerais, reconhece a ilegalidade do acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas:³⁸

“Assim, considerando que as comunidades terapêuticas destinam-se ao atendimento de adultos usuários de álcool e drogas, mediante a 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, não havendo previsão legal nem compatibilidade para o atendimento do público infantojuvenil nessas instituições, o acolhimento de crianças e adolescentes nessas entidades não é apropriado, nem legalmente cabível.

Considerando-se o princípio da prevalência da família (art. 100, X, Lei nº 8.069/1990) e o da excepcionalidade do acolhimento de crianças e adolescentes, é recomendável que o tratamento de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas se dê em equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ofertados pelo Sistema Único de Saúde (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 Infanto Juvenil, 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.”

A Resolução CONAD nº 3, de 24 de julho de 2020, que regulamentava o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas (caracterizando-o como voluntário e transitório, com garantia de acesso à educação e anuência de pais/responsáveis), **foi declarada ilegal por sentença da Justiça Federal de Pernambuco, na Ação**

³⁸ Disponível em:

https://cnpq.org.br/wp-content/uploads/2024/10/Nota_Tcnica_-_Acolhimento_de_crianas_e_adolescentes_comunidades_terapeuticas.pdf. Acesso em 5 set. 2025.

Civil Pública nº 0813132-12.2021.4.05.8300³⁹.

No curso dessa ação, foi editada a Resolução CONAD Nº 10, de 19 de julho de 2024, que suspendeu a eficácia da Resolução CONAD nº 3, de 24 de julho de 2020, e instituiu Grupo de Trabalho, no âmbito do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, para elaboração de plano de desinstitucionalização de adolescentes acolhidos por Comunidades Terapêuticas, que deverá ser apresentado no prazo de 30 (trinta) dias⁴⁰.

Em relação a adolescentes em conflito com a lei, aplica-se a Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)⁴¹, que abrange as pessoas em sofrimento ou transtorno mental relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

A norma estabelece a priorização de tratamento ambulatorial em detrimento de medidas de internação, com o respectivo acompanhamento da autoridade judicial e da RAPS. E adiciona que também se aplica a adolescentes em conflito com a lei, por cometimento de ato infracional ou cumprimento de medida socioeducativa, considerando-se o princípio da prioridade absoluta e a condição de pessoa em desenvolvimento, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (art. 22).

Não obstante a proibição, o gráfico apresentado abaixo revela que seis instituições acolhem crianças e adolescentes. Inclusive, **uma delas só acolhe adolescentes**: Casa Dom Bosco, Maceió/AL, que recebe R\$ 8.472,20 por vaga da Prefeitura de Paulista/PE.

³⁹ III - DISPOSITIVO

Por todo o exposto, confirmo a liminar e JULGO PROCEDENTES OS PEDIDOS, nos termos do art. 487, I, do CPC, para declarar a ilegalidade da Resolução nº 3/2020 - CONAD e, por tal motivo, determinar:

a) o cancelamento dos contratos, convênios e termos de parceria realizados pela União para o custeio das comunidades terapêuticas, com base na referida Resolução do CONAD;

b) o desligamento dos adolescentes atualmente acolhidos, no prazo de 90 (noventa) dias (salvo se lá estiverem por força de alguma decisão judicial), devendo o Ministério da Saúde assegurar o regular atendimento de tais jovens, à vista do teor de sua Portaria de nº 3.088/2011/MS, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), portaria esta voltada, precisamente, ao atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

c) a interrupção de financiamento federal a vagas para adolescentes nas comunidades terapêuticas, ressalvado o custeio necessário à manutenção dos adolescentes mencionados no tópico anterior, exclusivamente quanto ao período necessário até seu desligamento.

Anoto, em respeito ao decidido no Agravo de Instrumento nº 0809024-08.2021.4.05.0000, que as medidas determinadas acima permanecem com sua eficácia suspensa.

⁴⁰

<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2024/RESOLUOCONADN10DE19DEJULHODE2024.pdf>

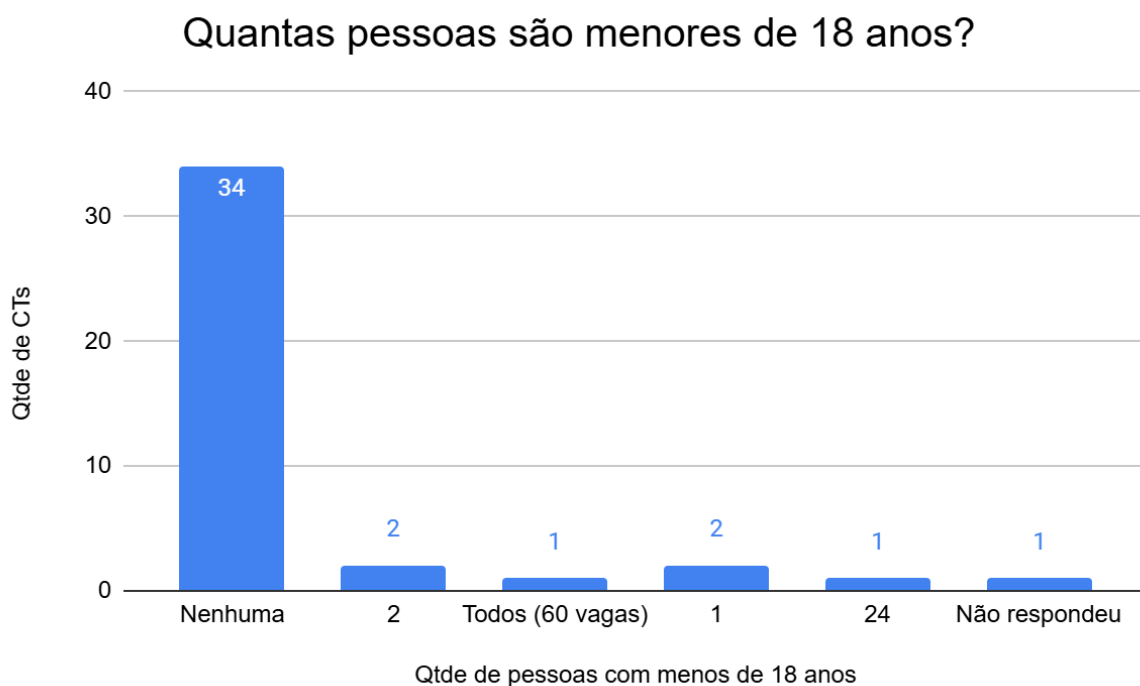
⁴¹ Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, estabelecendo procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>

Durante as inspeções, foi feito o seguinte questionamento aos acolhidos:
“Quantas pessoas são menores de 18 anos?”

Relato Direção:

“Atualmente, adolescentes em situação de risco (12 a 17 anos). Até julho de 2024, o mesmo público, mas com problemas de uso abusivo de álcool e outras drogas”. **Casa Dom Bosco - Maceió/AL**

“35 acolhidas adultas e 24 crianças (filhos das acolhidas)”. **Obra Social Nossa Senhora da Glória Fazenda da Esperança Irmã Cleusa Rody - Manaus/AM**



4.2 Equipes de Saúde

A Lei nº 11.343, de 2006, que institui o Sisnad, não define requisitos específicos para as equipes das comunidades terapêuticas, deixando a regulamentação detalhada para normas infralegais. Nesse sentido, a RDC ANVISA nº 29, de 2011 apenas estabelece que essas instituições tenham uma equipe multiprofissional proporcional ao número de acolhidos, incluindo profissionais das áreas de saúde, assistência social e psicologia, além de estabelecer padrões de segurança sanitária para o funcionamento.

Por sua vez, a Resolução CONAD nº 1, de 2015 recomenda que a equipe técnica seja compatível com a metodologia adotada e o porte da unidade, destacando a presença de profissionais de saúde e assistência social, coordenadores capacitados e a capacitação contínua em abordagens terapêuticas para dependência química.

Contudo, nenhuma das Resoluções citadas define critérios para determinar se a equipe é adequada ao número de acolhidos nem determina o tipo de vínculo que deve existir entre a instituição e o profissional.

A RDC Anvisa nº 29, de 2021 exige um responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação, o que reflete uma flexibilidade que pode gerar variações na qualidade do serviço e muitas dificuldades para atuação dos órgãos de fiscalização, que não possuem parâmetros objetivos para aferir a adequação das equipes.

4.2.1 Perfil Profissional das Equipes

Com base nas respostas fornecidas pelas equipes de diferentes comunidades terapêuticas inspecionadas, percebe-se que há um panorama heterogêneo no perfil profissional dos colaboradores, incluindo sua formação, experiência, composição e funções desempenhadas.

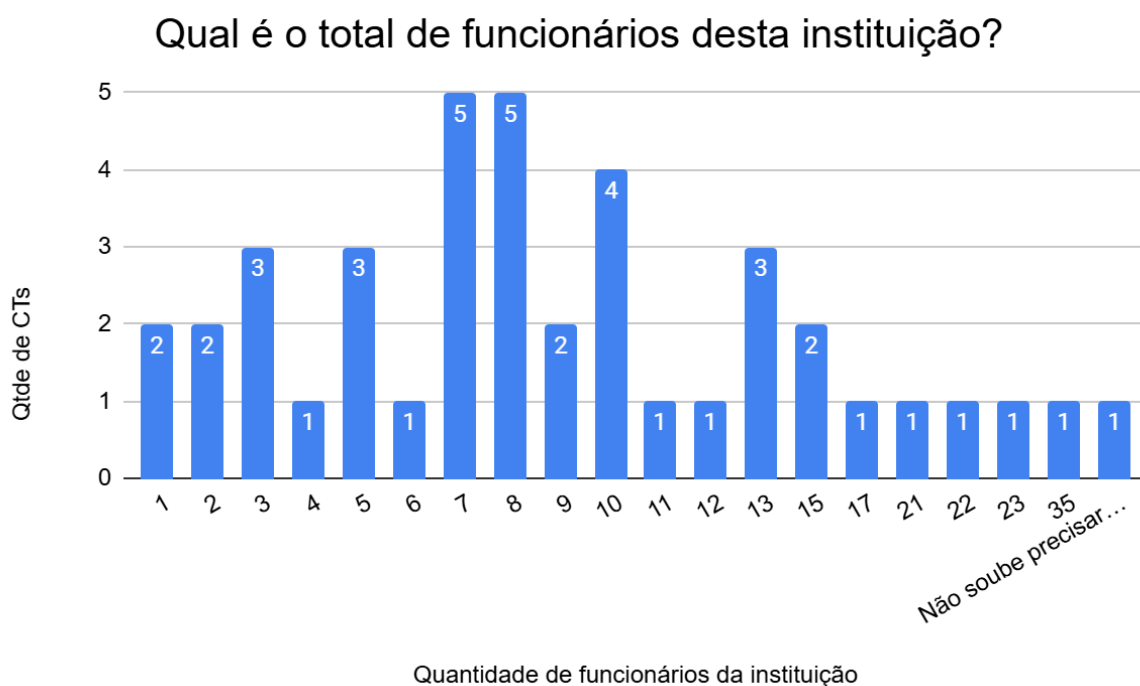
As equipes variam significativamente em composição. Algumas comunidades possuem equipes mais completas, incluindo *“psicólogos, assistentes sociais, monitores, coordenadores, cozinheiros, administrativos, terapeutas ocupacionais e educadores físicos”*, enquanto outras mencionam equipes mais enxutas, como *“apenas monitores”* ou *“coordenador, monitores e cozinheiros”*.

A presença de monitores é comum na maioria das respostas (cerca de 70%), indicando que esses profissionais são a base operacional das comunidades, já a presença de profissionais especializados, como psicólogos ou assistentes sociais, é menos frequente, em torno de 30%.

Em algumas comunidades terapêuticas, os monitores são ex-acolhidos que, após o período de acolhimento, permanecem ali e passam a prestar serviços sem formalização e sem remuneração, em troca de abrigo e refeição (vide item 4.3

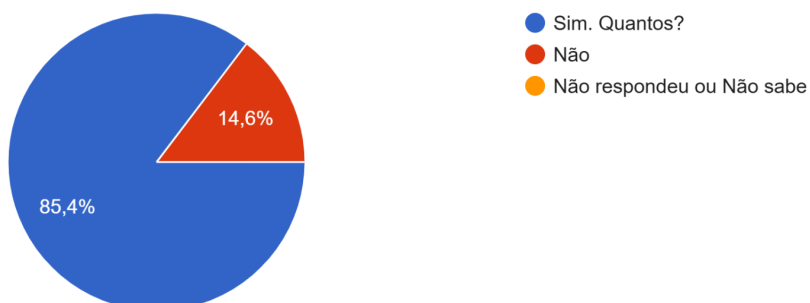
Irregularidades trabalhistas identificadas nas inspeções realizadas em comunidades terapêuticas).

O número de profissionais varia entre 2 e 24 por comunidade, com uma **média de cerca de 8 profissionais por unidade**. Algumas comunidades reportaram equipes pequenas, como “2 profissionais” ou “3 profissionais”, enquanto outras mencionaram equipes maiores, como “24 profissionais” ou “18 profissionais”.



Existem “ex-usuários ” trabalhando na instituição?

41 respostas



4.2.2 Formação e Experiência

A formação dos profissionais apresenta diversidade. As equipes são compostas majoritariamente por indivíduos com ensino médio ou sem formação específica, enquanto algumas unidades relatam a presença de profissionais com ensino superior em áreas como psicologia, serviço social e educação física.

A ausência de formação acadêmica em diversas comunidades terapêuticas é preocupante, pois pode limitar a qualidade do atendimento, especialmente em contextos que demandam intervenções especializadas.

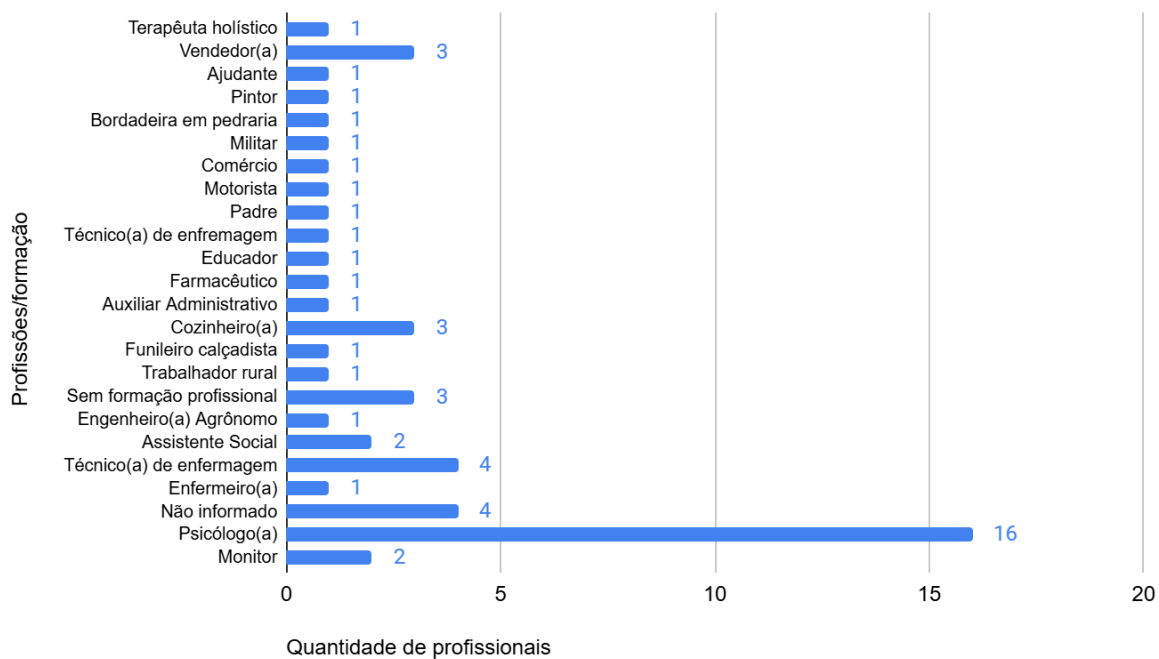
A maioria das respostas, cerca de 70%, indicou que não há profissionais com formação específica em saúde mental, com respostas como “*Não*” ou “*Não se aplica*”. Apenas 30% afirmaram ter profissionais com essa formação, geralmente psicólogos ou terapeutas ocupacionais.

Essa lacuna é preocupante, considerando que o atendimento em comunidades terapêuticas frequentemente envolve questões relacionadas à saúde mental. Isso reforça a necessidade de capacitação, especialmente em um contexto que lida com populações vulneráveis.

Já a experiência em dependência química é mais comum, com 65% das respostas afirmando que há profissionais com essa experiência, frequentemente monitores ou coordenadores que “*já passaram pelo processo de recuperação*” ou têm “*formação em cursos específicos*”.

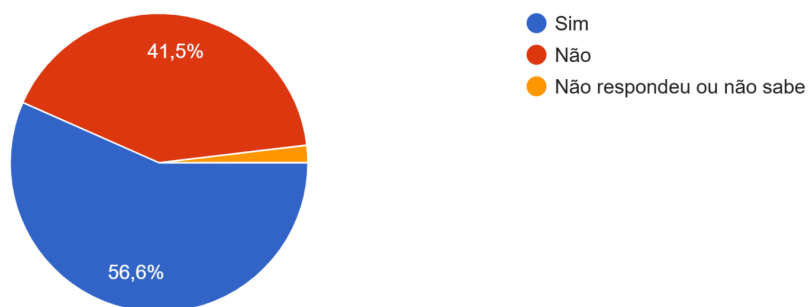
O panorama revela que as equipes das comunidades terapêuticas são compostas majoritariamente por monitores, com formação e experiência variáveis. Esses achados indicam a necessidade de maior investimento em formação e contratação de profissionais qualificados para atender às demandas complexas dos acolhidos, bem como de regulamentação com normas mais claras sobre a composição e natureza dos vínculos dos componentes das equipes das unidades.

Qual é a sua profissão ou formação?



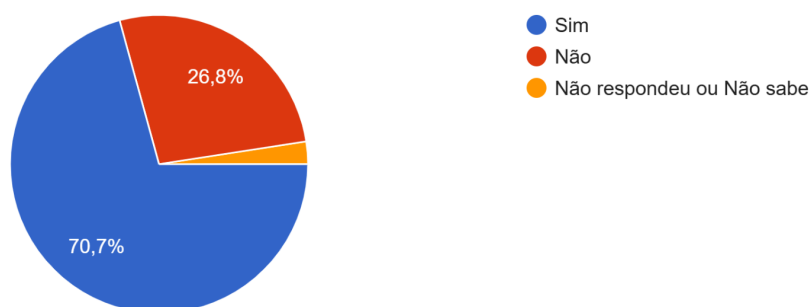
6. Você participou de alguma formação para trabalhar nesta comunidade terapêutica?

53 respostas



São desenvolvidas FORMAÇÕES para pessoas antes de iniciar seu trabalho na instituição?

41 respostas



4.2.3 Capacitação Continuada

A capacitação contínua das equipes foi avaliada e os resultados apontam para uma prática limitada e irregular. Cerca de 57% das respostas confirmam que os profissionais participaram de alguma formação inicial, sugerindo a falta de oferta de treinamentos básicos. Quando o mesmo questionamento foi feito à direção da unidade, o percentual sobe de 57% para cerca de 71%.

Quanto às reciclagens ou cursos regulares, apenas 48% das respostas afirmam sua realização, evidenciando que a capacitação continuada não é uma prática consolidada na maioria das comunidades terapêuticas. Quando o mesmo questionamento foi feito à direção da unidade, o percentual sobe de 48% para cerca de 59%.

Algumas respostas detalham a frequência, como “cursos semanais e mensais”, mas 30% das respostas afirmativas não especificam os cursos, o que pode refletir programas desestruturados ou mal documentados.

Durante as inspeções, foram feitos os seguintes questionamentos às equipes: **“Se a resposta for positiva para participação em reciclagens ou cursos de formação periódicos, responder: quais?”**

Relatos da Equipe:

“COMPASSO – Curso sobre Políticas de Drogas e Sociedades: Perspectivas e Discussões Atuais; e Curso de Fortalecimento da

Atuação dos Conselheiros Tutelares e Lideranças Comunitárias na Política sobre Drogas". Comunidade Casa Lar Adonai – Goiânia/GO

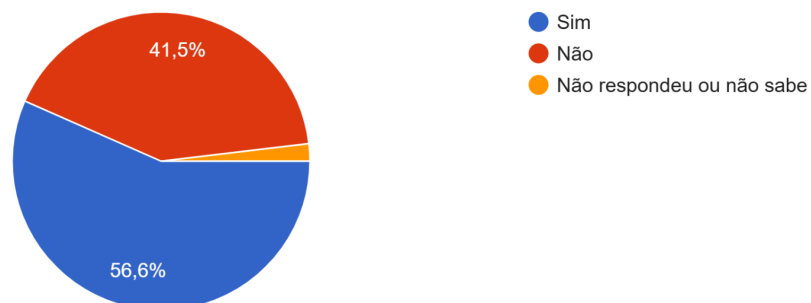
"Fez um curso relacionado à saúde mental há aproximadamente 2 anos atrás." Comunidade de Amparo Gerezim – Feira de Santana/BA

"COMPACTA - cursos governo federal, dependência química, supera". MOLIVI - Movimento para Libertação Vida – Cascavel/PR

"Curso para ser madrinha e formação sobre o carisma da fazenda" Fazenda da Esperança Santa Bakhita - Brasília/DF

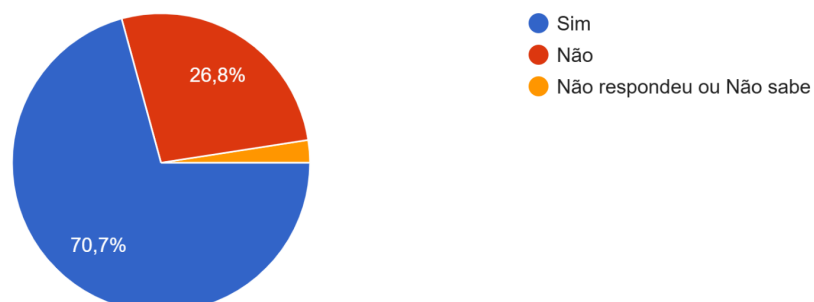
6. Você participou de alguma formação para trabalhar nesta comunidade terapêutica?

53 respostas



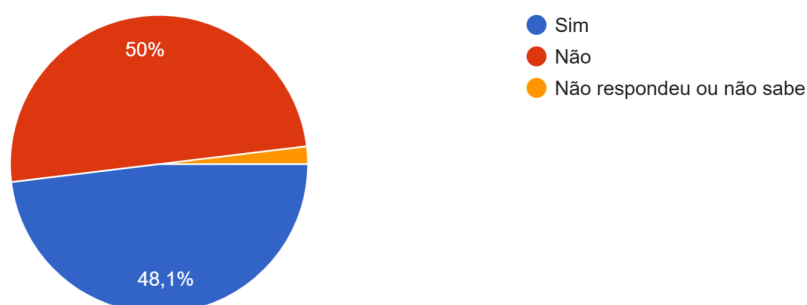
São desenvolvidas FORMAÇÕES para pessoas antes de iniciar seu trabalho na instituição?

41 respostas



7. Você participa de reciclagens ou cursos de formação periódicos?

52 respostas



4.2.4 Conhecimento e Obediência às Normas pelas Equipes das Comunidades Terapêuticas

Com base nas respostas fornecidas pelas equipes de diferentes comunidades terapêuticas inspecionadas, foi elaborado um panorama sobre o conhecimento e a obediência às normas e regulamentos aplicáveis, incluindo a existência de regulamentos para os acolhidos, adesão a normas externas e a estruturação das políticas internas.

A análise das respostas fornecidas revela um cenário misto em relação ao conhecimento e à implementação de normas e regulamentos nas comunidades terapêuticas.

Cerca de 60% das respostas indicaram a presença de normas que regulam o dia a dia, com menções a “Normas Internas da Boa Convivência”, “Regulamento da Comunidade Terapêutica”, “Portaria nº 2.917, de 2011 – CONAD”, “CESP”, “Resolução CFM nº 1.620, de 2001”, “Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)” e “orientações da administração”.

Aproximadamente 40% responderam “Não” ou “Não respondeu ou não sabe”, sugerindo que nem todas as equipes têm clareza sobre as normas aplicáveis ou que essas não estão bem disseminadas.

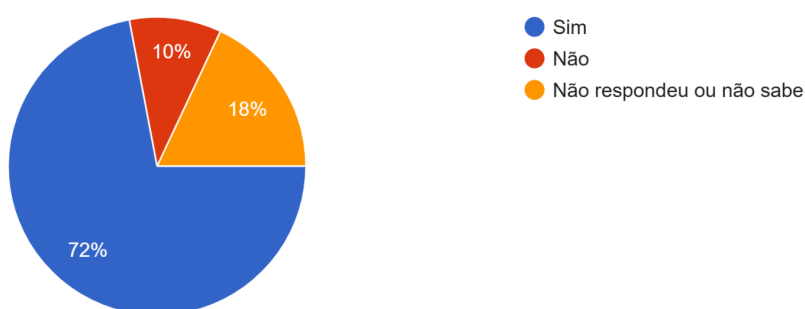
Algumas respostas detalharam aspectos específicos, como “*horário de 6h às 18h, observar as normas de nutrição*” ou “*respeitar as orientações da equipe médica*”, indicando que as normas incluem tanto diretrizes operacionais quanto de saúde.

Indagados sobre a existência de *Regulamento Terapêutico Global*, cerca de 40% das respostas afirmaram que “Sim”. Contudo, as respostas afirmativas, muitas vezes, não detalharam o conteúdo do regulamento, o que pode indicar uma existência formal, mas possivelmente sem aplicação prática ou conhecimento amplo.

Por outro lado, perguntados sobre a existência de *Regulamento Interno*, 72% das respostas foram afirmativas. Cerca de 38% responderam “Não” ou “Não respondeu ou não sabe”, sugerindo que nem todas as comunidades têm um documento interno estruturado.

10. A unidade possui um Regimento Interno?

50 respostas



O panorama revela que a maioria das comunidades terapêuticas inspecionadas possui algum nível de conhecimento e implementação de normas e regulamentos, com destaque para regulamentos para os acolhidos e normas externas como a Portaria CONAD e diretrizes da CONAD. Contudo, quando questionados sobre as normas que regulam o dia a dia, apenas 14 profissionais (de 53 respondentes) mencionaram alguma menção a estatutos, regimentos ou legislações aplicáveis. Os demais mencionaram não haver norma, e se detiveram a explicar a dinâmica de trabalho (horário de entrada, saída e principais atividades desempenhadas).

Dessa forma, a presença de respostas negativas ou evasivas indicam lacunas no conhecimento ou na implementação dessas políticas, o que pode comprometer a consistência e a qualidade do atendimento.

A variação nas respostas sugere que as comunidades diferem em termos de estruturação e disseminação de normas, apontando para a necessidade de padronização e treinamento para garantir a obediência às regulamentações legais e terapêuticas aplicáveis.

Durante as inspeções, foi feito o seguinte questionamento à equipe: ***Quais normas regulam seu dia a dia de trabalho?***

Relatos de Equipe:

“Não há normas específicas, trabalha 2x por semana na unidade, um dos dias conduz atendimentos individuais e dinâmicas entre os acolhidos..” **Sober House – São Lourenço da Mata/PE**

“A comunidade tem um regimento interno e um cronograma de atividades (que atualmente está em fase de reformulação e não está sendo aplicado).” **Lar Dom Bosco - Maceió/AL**

“Acompanha a rotina dos acolhidos, auxilia na programação das atividades, realiza atendimentos individuais e em grupo de acolhidos, elabora relatórios”. **Comunidade Terapêutica Betesda - Teresina/PI**

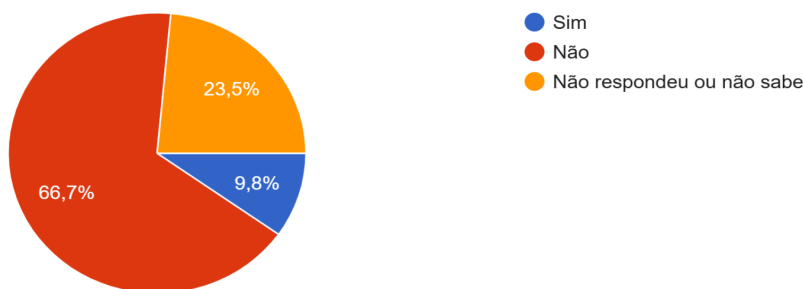
“Não há normas específicas. Realiza atividades de acompanhamento dos acolhidos, como manter a casa em ordem, participar dos momentos devocionais, monitorar as atividades, verificar as situações urgentes.” **Comunidade Terapêutica Betesda - Teresina/PI**

Ainda referente às normas e legislação, no *Roteiro à equipe de saúde da Comunidade terapêutica* foi questionado sobre o conhecimento de documentos internacionais e o Protocolo de Istambul. Como observa-se abaixo, menos de 10% das pessoas têm conhecimento sobre o assunto.

É importante lembrar que, como explicitado neste relatório⁴², o Protocolo de Istambul figura entre os principais marcos normativos internacionais e oferece um guia técnico para a investigação e documentação eficaz de casos de tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

52. Você conhece o Protocolo de Istambul?

51 respostas



4.3 MPT e as Inspeções Realizadas em Comunidades Terapêuticas

Foram identificadas violações trabalhistas em todas as comunidades terapêuticas inspecionadas, consubstanciadas principalmente na fraude à relação de trabalho por meio de **contratos de prestação de serviços autônomos fraudulentos, desvirtuamento na contratação de trabalhadores voluntários e desvirtuamento da laborterapia.**

Em diversas comunidades, foram identificadas irregularidades relativas ao **meio ambiente de trabalho**, com o descumprimento de normas que dispõem sobre o uso de equipamentos de proteção individual e as condições de higiene e conforto no local de trabalho.

Verificou-se que não há equipes de trabalho formalmente vinculadas às comunidades terapêuticas e efetivamente compromissadas a implementar a finalidade para a qual se destinam tais empreendimentos, qual seja, a oferta de um ambiente residencial, técnico e eticamente orientado, cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares.

⁴² Item 1.5 Legislação Internacional.

Em todas as comunidades inspecionadas, os trabalhadores que exercem a função de monitores, organizando e fiscalizando as atividades dos acolhidos, são, em sua maioria, ex-acolhidos que finalizaram o tratamento e conquistaram a confiança dos gestores das entidades. Por não possuírem alternativas, em razão da vulnerabilidade em que se encontram, alguns acolhidos permanecem desempenhando atividades no local em troca de moradia e alimentação, além de pagamentos de baixos salários pelos serviços prestados.

A situação, além de absolutamente irregular por **não haver qualquer formação para a função de monitor**, cria ambiente propício aos abusos e violações constatados em algumas das Comunidades Terapêuticas inspecionadas.

As situações fáticas encontradas em diversas entidades inspecionadas evidenciam que a inexistência de equipes formais de trabalho, profissionalizadas e dotadas de compreensão acerca da própria finalidade e importância das comunidades terapêuticas como alternativa de reinserção social de dependentes de álcool e drogas representa agravante às situações de violação a direitos humanos detectada.

Admitir que os profissionais não possuam vínculo formal com a comunidade, sobretudo, que todo o trabalho de monitoria dos acolhidos seja realizada por ex-acolhidos – ex-usuários de álcool e/ou entorpecentes – submete-os à condição de ainda maior vulnerabilidade e susceptibilidade a toda ordem de abusos.

É inadmissível pensar em um modelo de entidade com ou sem fins lucrativos - considerando que algumas comunidades cobram mensalidade dos acolhidos ou de suas famílias – trabalhe de maneira absolutamente informal, a partir de trabalhadores autônomos ou voluntários, em manifesta fraude à relação de emprego.

A informalidade na contratação de trabalhadores acarreta o descumprimento aos demais direitos previstos na legislação trabalhista, tais como salário-mínimo, décimo terceiro salário, férias, jornada de trabalho prevista em lei e o desrespeito às normas de saúde e segurança do trabalho, gerando, ainda, manifesto impacto fiscal, previdenciário e em recolhimentos do FGTS.

4.3.1 Prestadores de Serviços Autônomos

Conforme a Lei nº 3.807, de 1960, que dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social, considera-se trabalhador autônomo:

“ Art. 4º Para os efeitos desta lei, considera-se:

c) trabalhador autônomo - o que exerce habitualmente, e por conta própria, atividade profissional remunerada; o que presta serviços a diversas empresas, agrupado ou não em sindicato, inclusive os estivadores, conferentes e assemelhados; o que presta, sem relação de emprego, serviço de caráter eventual a uma ou mais empresas; o que presta serviço remunerado mediante recibo, em caráter eventual, seja qual for a duração da tarefa.”

A Consolidação das Leis do Trabalho - CLT (Decreto nº 5.452, de 1943), por sua vez, considera empregado “toda pessoa física que prestar serviços de natureza não eventual a empregador, sob a dependência deste e mediante salário”, sem distinções em relação à espécie de emprego e à condição de trabalhador, nem entre o trabalho intelectual, técnico e manual (Art. 3º e parágrafo único).

No âmbito da inspeção, verificou-se que os profissionais que prestam serviços em comunidades terapêuticas são, em geral, contratados como trabalhadores autônomos.

Contudo, o caráter eventual não restou presente nas relações de trabalho existentes nas comunidades inspecionadas, uma vez que há nítida subordinação e habitualidade da prestação de serviços, havendo pagamentos mensais e sucessivos aos trabalhadores.

Os trabalhadores “autônomos” encontram-se indubitavelmente integrados à estrutura produtiva das comunidades terapêuticas, realizando atividades essenciais ao funcionamento das entidades e submetendo-se às diretrizes organizacionais por elas estabelecidas, o que configura, de modo inequívoco, a subordinação jurídica prevista no artigo 3º da Consolidação das Leis do Trabalho.

Conforme foi possível verificar nos locais inspecionados, se encontram presentes todos os requisitos da relação de emprego previstas no artigo 3º da CLT na relação entre os trabalhadores e a comunidade terapêutica.

a) Pessoalidade: A prestação de serviços é realizada de forma pessoal, por pessoa física, e os profissionais não podem se fazer substituir por outrem à sua livre escolha.

A prestação de serviço tem, portanto, caráter *intuitu personae*, infungível, intransferível e indelegável a terceiros, sendo vedada a substituição do trabalhador por outra pessoa sem o consentimento da empresa. As comunidades visitadas gerenciam a mão-de-obra através da formalização de contratos de prestação de serviços autônomos ou contrato de trabalho voluntário.

No trabalho autônomo, destaque-se, a empresa contratante visa à execução de um serviço determinado e ao resultado, sem se importar com quem irá realizá-lo. No trabalho autônomo interessa o resultado (fim) e não o processo de execução (meio).

b) há habitualidade, sendo o trabalho executado em dias e horários determinados, com pactuação de carga horária semanal ou mensal. Destaca-se que a caracterização da habitualidade não exige a prestação de serviços diários.

c) há onerosidade, que se faz presente na medida em que a remuneração percebida é paga quinzenalmente ou mensalmente, como salário.

d) há alteridade, na medida em que os trabalhadores se inserem na infraestrutura empresarial ordenada, destinada à execução da atividade que a comunidade terapêutica se propõe a executar. Os trabalhadores exercem suas atividades em prol da entidade, contribuindo tão somente com sua energia psicofísica.

e) há inegável subordinação dos trabalhadores, cujas funções são atribuídas, dirigidas e organizadas pela comunidade terapêutica.

A subordinação, como requisito da relação de emprego, traz a ideia da sujeição às ordens de terceiro no tocante à forma e ao conteúdo da prestação do

serviço. Isso ocorre porque é o empregador quem assume os riscos do empreendimento.

A comunidade terapêutica faz a gestão do trabalho prestado, determinando o modo, o tempo e a forma de prestação dos serviços, bem como a doutrina a ser seguida no tratamento ofertado aos dependentes químicos.

Trata-se, de fato, de relações de emprego, consoante preleciona o princípio da primazia da realidade, segundo o qual, havendo discrepância entre a forma e os fatos, prevalecem estes, preceito este também presente na CLT (Art. 9º).

4.3.2 Trabalhadores Voluntários

O trabalho voluntário é regido pela Lei nº 9.608, de 1998, cujos arts. 1º, 2º e 3º trazem os requisitos necessários para a configuração da referida relação jurídica:

“Art. 1º Considera-se serviço voluntário, para os fins desta Lei, a atividade não remunerada prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza ou a instituição privada de fins não lucrativos que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência à pessoa.

Parágrafo único. O serviço voluntário não gera vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim.

Art. 2º O serviço voluntário será exercido mediante a celebração de termo de adesão entre a entidade, pública ou privada, e o prestador do serviço voluntário, dele devendo constar o objeto e as condições de seu exercício.

Art. 3º O prestador do serviço voluntário poderá ser ressarcido pelas despesas que comprovadamente realizar no desempenho das atividades voluntárias.

Parágrafo único. As despesas a serem ressarcidas deverão estar expressamente autorizadas pela entidade a que for prestado o serviço voluntário”.

O trabalho voluntário pressupõe o desempenho de atividade em favor de entidade pública de qualquer natureza ou de instituição privada sem fins lucrativos, com a celebração de um termo de adesão entre o prestador de serviço voluntário e a

instituição beneficiada, no qual devem constar o objeto do trabalho a ser prestado e as condições de seu exercício.

Especificamente no contexto das comunidades terapêuticas, destacam-se os arts. 9º e 10 da RDC nº 29, de 2011, da ANVISA, e do art. 6º, XXIV e XXV, da Resolução CONAD nº 1, de 2015:

RDC nº 29, de 2011:

“Art. 9º As instituições devem manter recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas.

Art. 10. As instituições devem proporcionar ações de capacitação à equipe, mantendo o registro.”

Resolução CONAD nº 1, de 2015:

“Art. 6º São obrigações das entidades que promovem o acolhimento de pessoas com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, dentre outras:

XXIV - manter equipe multidisciplinar com formação condizente com as atividades oferecidas no Programa de Acolhimento e para o pleno funcionamento da entidade, sob responsabilidade de um profissional de nível superior legalmente habilitado, bem como substituto com a mesma qualificação;

XXV - promover, de forma permanente, a capacitação dos membros da equipe que atuam na entidade”

Deve-se observar que a RDC nº 29, de 2011 da ANVISA, art. 9º e art. 10, estabelece que as instituições devem manter recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas, os quais devem ser devidamente capacitados. Previsão semelhante consta da Resolução CONAD nº 1, de 2015 que exige a constituição de equipe multidisciplinar apta ao desenvolvimento do Programa de Acolhimento e para o pleno funcionamento da Entidade (Art. 6º, XXIV e XXV).

O que se verificou, nas inspeções, foi que, além da contratação irregular de trabalhadores como autônomos, diversos trabalhadores do local são contratados

como voluntários, sendo responsáveis pela efetiva gestão da entidade e controle/monitoramento dos acolhidos.

Por não possuírem alternativas, em razão de sua vulnerabilidade, os acolhidos permanecem desempenhando atividades no local em troca de moradia, alimentação e pagamentos de pequenos valores como compensação pelos serviços prestados.

A situação, além de absolutamente irregular por não haver qualquer formação para a função, cria ambiente propício aos abusos e violações constatados no local.

Registre-se que algumas comunidades terapêuticas fiscalizadas são constituídas como empresas, organizações que realizam atividade econômica com finalidade lucrativa, e não entidades sem fins lucrativos o que, por si só afasta a viabilidade de caracterização como trabalho voluntário.

O que se percebe é que pessoas que “encerraram” o tratamento e o período de internação e que, por algum motivo conquistaram a confiança dos gestores, acabam seguindo uma segunda etapa na entidade, a partir do que assumem as funções de monitoria e conquistam a possibilidade de residir no local com recebimento de alimentação, por sequer possuírem outros meios de sobrevivência, residência, acolhimento familiar e, tampouco, oportunidades de inserção no mercado de trabalho formal em razão do histórico de envolvimento com entorpecentes, álcool e drogas, além da ausência de qualquer tentativa de qualificação para atividades profissionais, durante o período de internação.

No Rio Grande do Sul, chamou atenção que, em um dos casos detectados, o ex-usuário de entorpecentes estava vinculado ao Programa “Justiça Inclusiva” do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, que associa a concessão de benefícios previdenciários, como o auxílio-doença, a segurados do INSS dependentes químicos mediante a continuidade comprovada do tratamento especializado. Tal situação, segundo o ex-usuário, impediria o registro de sua CTPS pela Comunidade Terapêutica onde prestava serviços na condição de chefe de plantão.

Verifica-se, pois, que as entidades se utilizam da absoluta vulnerabilidade desse grupo de pessoas para usufruir de sua força de trabalho sem custos ou a

custos baixíssimos, os submetendo a longas jornadas de trabalho diárias, sendo responsáveis pela supervisão das atividades no período diurno e cuidado dos acolhidos para evitar fugas no período noturno.

Trata-se de trabalhadores absolutamente essenciais para viabilizar a execução das atividades a que se propõe a entidade e viabilizar a exploração da atividade econômica.

As comunidades terapêuticas mantêm os trabalhadores e dirigem a prestação pessoal de serviços, se utilizando de termos de adesão ao trabalho voluntário como forma de flagrante fraude aos direitos trabalhistas e sociais dos trabalhadores, enquadrando-os ilegalmente como prestadores de serviço voluntário.

Ademais, convém destacar que não se trata apenas de uma fraude trabalhista, já que a situação irregular constatada e a ausência de uma equipe formal compromissada, propicia que nenhum dos requisitos de funcionamento e de mínima garantia ao respeito aos direitos humanos e fundamentais dos acolhidos sejam efetivamente implementados na prática. Os programas terapêuticos, os planos individuais, oficinas que obtenham efetiva reinserção social com atividades produtivas, jamais terão aplicação prática sem uma equipe mínima formalmente contratada.

A vulnerabilidade desse público permite, ainda, a adoção de escalas de trabalho abusivas, em absoluto desacordo com os limites previstos em Lei associadas a remunerações irrisórias. Tais fatos ocorrem em razão de ser um público de difícil reinserção social, que sofre significativo preconceito e estigmatização, fatos que impactam diretamente no acesso ao mercado de trabalho formal e perpetuam o ciclo de dependência, ocasionando a submissão a ofertas de trabalho precarizantes, informais e exploratórias.

Nas inspeções realizadas, foram verificados casos de submissão de trabalhadores a escala de trabalho 7 x 7, com jornadas de trabalho de 24 horas diárias, impondo ao trabalhador residir na própria Comunidade Terapêutica, em troca de salários irrisórios de R\$ 150,00 a 200,00 por semana trabalhada e alimentação.

Durante as inspeções, foram feitos os seguintes questionamentos à equipe:
“**Qual a frequência do trabalho voluntário**” e “**Qual o valor da ajuda de custo?**”

Relatos de Equipes:

“Horário integral, apenas um dia de folga por semana no domingo.”

Associação Divina Nova Misericórdia - Marechal Deodoro/AL

7 horas, 7 dias por semana (pelo dia - trabalho doméstico; trabalho a tarde na fábrica). **Obra Social Nossa Senhora da Glória Fazenda da Esperança Irmã Cleusa Rody - Manaus/AM**

“Não recebe. Um maço de cigarro, dia sim, dia não”. **Centro Terapêutico Valent's Recomeço - Francisco Morato /SP**

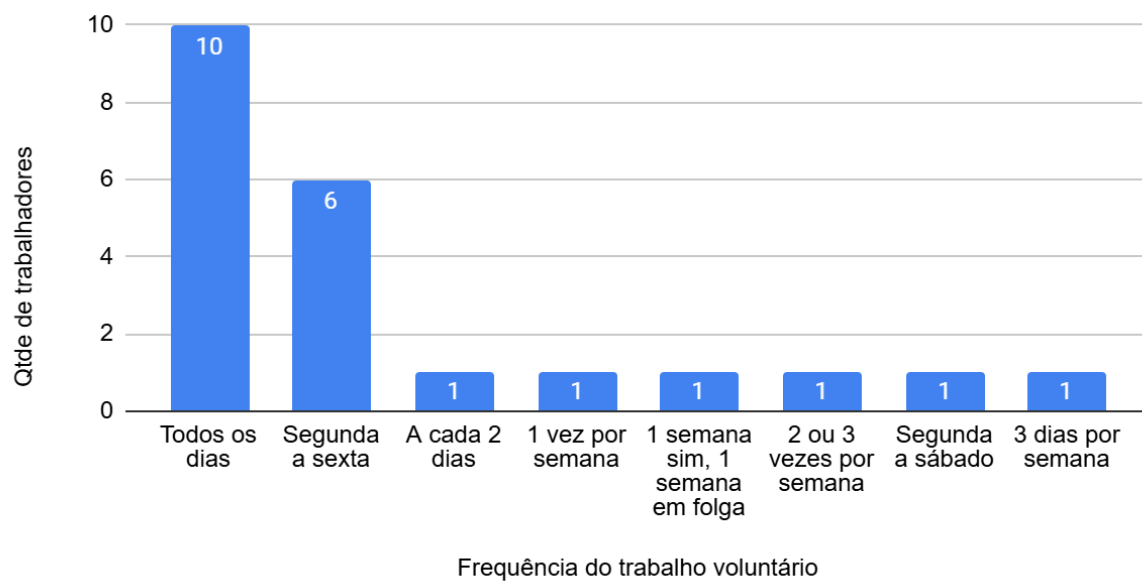
“Não - há dois tipos de ajuda pela família, vagas sociais”. **Obra Social Nossa Senhora da Glória Fazenda da Esperança Irmã Cleusa Rody - Manaus/AM**

“ Trabalho Voluntário. Horário integral, apenas um dia de folga por semana no domingo. Não recebe ajuda de custo, somente alimentação e moradia”. **Associação Divina Misericórdia - Nova Jericó - Marechal Deodoro/AL**

“ Trabalho Voluntário. Ajuda de custo: 100,00 de crédito na bomboniere” **Centro Terapêutico Recomeçar - Itaguaí/RJ**

“ Recebe alimentação, gás e pode utilizar o carro da instituição”
Obra Social Nossa Senhora Da Glória Fazenda Da Esperança Nossa Senhora De Guadalupe - Iracema/RR

Se informar que é voluntário:
a) Qual a frequência do trabalho voluntário?



Qual o valor da ajuda de custo?



4.3.3 Precarização das Relações de Trabalho

A proteção ao meio ambiente do trabalho e a garantia da segurança, da saúde e da higiene no trabalho são amplamente consagradas na ordem jurídica internacional. Nesse sentido, destaca-se o art. 7º, “b”, do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, e a Convenção nº 155 (Segurança e saúde dos trabalhadores e o meio ambiente de trabalho), da Organização Internacional do Trabalho, ratificada pelo Brasil e promulgada através do Decreto nº 1.254, de 1994.

A Constituição Brasileira estatui em seu artigo 1º, III e IV, que a República Federativa do Brasil tem como fundamentos a dignidade da pessoa humana e os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa.

Na esteira desses fundamentos, estabeleceu entre os direitos sociais dos trabalhadores constantes do seu artigo 7º:

“Art. 7º. São direitos dos Trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

[...] XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;”

Por sua vez, o legislador infraconstitucional, no Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho, especificamente no art. 157, dispôs acerca de uma série de normas atinentes à segurança e à medicina no trabalho, incumbindo às empresas “cumprir e fazer cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho”.

A CLT também é expressa quanto à obrigatoriedade do registro e de anotação da CTPS (art. 29 e art. 41 da CLT).

A falta de registro é instrumento muito utilizado para sonegar direitos trabalhistas dos empregados, sendo usada para eximir os empregadores das responsabilidades decorrentes da relação.

Como registrado nas inspeções realizadas, a maioria dos trabalhadores são contratados informalmente, sem registro e anotação de CTPS, em geral sob a alegação de que são trabalhadores autônomos ou voluntários.

A informalidade na contratação dos trabalhadores é causa de precarização das condições de trabalho, obstando a concessão de diversos direitos sociais dos trabalhadores e fazendo com que sejam alijados dos direitos trabalhistas mínimos, tais como salário-mínimo, décimo terceiro salário, férias e jornadas de trabalho conforme os limites previstos na legislação (art. 7º, IV, VIII, XIII, XVII, da CF/88; art. 129 e art. 130, da CLT; art. 1º Lei nº 4.090, de 1962).

A informalidade gera ainda o desrespeito às normas de saúde e de segurança do trabalho previstas na legislação. Em várias comunidades terapêuticas visitadas, os trabalhadores não recebiam equipamentos de proteção individual compatíveis com as atividades desenvolvidas, não realizavam exames médicos admissionais e periódicos e não tinham acesso a alojamentos, instalações sanitárias e locais para refeições em condições adequadas.

Dessa forma, em consonância com a Constituição Federal, as comunidades terapêuticas devem adotar as medidas necessárias e suficientes para reduzir os riscos do ambiente laboral, a exemplo do fornecimento de equipamentos de proteção individual (art. 166, CLT), realização de exames admissionais e periódicos (art. 168, CLT) e cumprimento das normas que dispõem sobre as condições de higiene e conforto nos locais de trabalho (Norma Regulamentadora nº 24, do Ministério do Trabalho e do Emprego).

Em determinadas comunidades terapêuticas, existem trabalhadores que prestam serviços em jornadas de trabalho bem superiores aos limites previstos na legislação trabalhista, recebendo salários mensais irrisórios. Muitos trabalhadores residem nas próprias comunidades terapêuticas, que não seguem as normas relacionadas às condições de conforto no ambiente de trabalho, a exemplo dos precários alojamentos e das instalações sanitárias que utilizam.

Analisando em conjunto as irregularidades identificadas, algumas situações poderiam, até mesmo, caracterizar trabalho escravo contemporâneo, considerando as condições degradantes encontradas e as jornadas exaustivas praticadas.

A jornada exaustiva se caracteriza pela intensidade, frequência ou desgaste que agrida a dignidade humana do trabalhador, causando prejuízos à sua saúde

física ou mental. Esta situação decorre de uma relação de sujeição que torna irrelevante a vontade do trabalhador.

Estas violações frequentemente se estendem aos direitos da personalidade, sempre no contexto de uma relação que anula a autonomia do trabalhador.

No caso das comunidades terapêuticas, a vulnerabilidade dos trabalhadores, em sua maioria ex-usuários de álcool e/ou entorpecentes que finalizaram o tratamento e conquistaram a confiança dos gestores das entidades, facilita a prestação de serviços em condições degradantes, com jornadas exaustivas e sem que lhes sejam assegurados direitos trabalhistas mínimos, o que pode vir a ser considerado uma situação de trabalho escravo contemporâneo.

As irregularidades identificadas nas inspeções realizadas em comunidades terapêuticas, portanto, transcendem a mera questão da legalidade ordinária, alcançando o próprio núcleo essencial de proteção conferido pela ordem constitucional ao trabalho digno. Tal constatação decorre da incontestável constitucionalização do Direito do Trabalho, fenômeno jurídico que elevou as garantias laborais à condição de direitos fundamentais, conforme se depreende da leitura sistemática dos artigos 1º, III e IV, 5º, §1º, 6º e 7º da Constituição Federal de 1988.

Imperioso destacar, ainda, que a problemática ora analisada transcende a esfera individual dos trabalhadores diretamente afetados, configurando verdadeira lesão a direitos difusos e coletivos dos trabalhadores. Com efeito, as práticas identificadas caracterizam um padrão sistêmico de precarização das relações laborais em Comunidades Terapêuticas, as quais são muitas vezes financiadas por verbas públicas e/ou oriundas de emendas parlamentares.

Durante as inspeções, foram feitos os seguintes questionamentos à equipe: ***Qual é o seu vínculo empregatício com a comunidade terapêutica (CLT, voluntário etc.)? Como é sua rotina de trabalho na unidade?***

Relatos da Equipe:

“Está em período de experiência, sem carteira assinada.”

Centro de Recuperação Leão de Judá – Caucaia/CE

“Relatou que seria atualmente o único monitor em atuação, já que a casa contava com apenas um acolhido naquele momento. Seria responsável por acompanhar o acolhido, receber as doações e coordenar as atividades da casa, tais como as de limpeza e manutenção. Estaria morando no local e trabalhando sem folgas”.

Lar Dom Bosco - Maceió/AL

“Cozinheira, apesar que a CTPS está registrada na função de "Auxiliar de Serviços Gerais". **Obra Social Nossa Senhora Da Glória - Fazenda da Esperança - Alhandra/PB**

“É funcionário da "tranca", fica vigiando praticamente o dia todo no local determinado, das 7h às 21h”. **Valents - Francisco Morato/SP**

“CLT, embora a carteira ainda não tenha sido assinada”.
Comunidade Terapêutica (LAR DOM BOSCO) - Maceió/AL

“Prestador de serviços. Não é registrado e não possui CTPS anotada. Recebe R\$ 2600,00 por mês”. **Comunidade Terapêutica Betesda - Teresina/PI**

“Trabalho Voluntário.Todos os dias. Começa às 6h e para às 22h. Mas, gostaria de ter 24h de folga”. **Fazenda da Esperança Santa Bakhita - Brasília/DF**

“Mora na comunidade e não possui horário fixo de trabalho. Participa do acolhimento, triagem e trabalho administrativo. Se comunica com as famílias e recebe visitas. **Obra Social Nossa Senhora Da Glória Fazenda Da Esperança Nossa Senhora De Guadalupe - Iracema/RR**

“Despertar às 6:30 horas, com realização de higiene pessoal e momento devocional.

Das 7 as 7:40 horas é o café da manhã, com repouso até as 8 horas.

Primeiras atividades laborais de 8 as 10 horas (limpeza e conservação dos locais de abrigo e de uso comum);

De 11 às 11:50 horas realiza-se o segundo momento devocional, realizado na capela da comunidade;

Das 12 às 12:30 horas, almoço;

Das 12:30 às 14 horas, descanso;

às 14 horas há momento de estudo com apostila de conscientização sobre a dependência química;

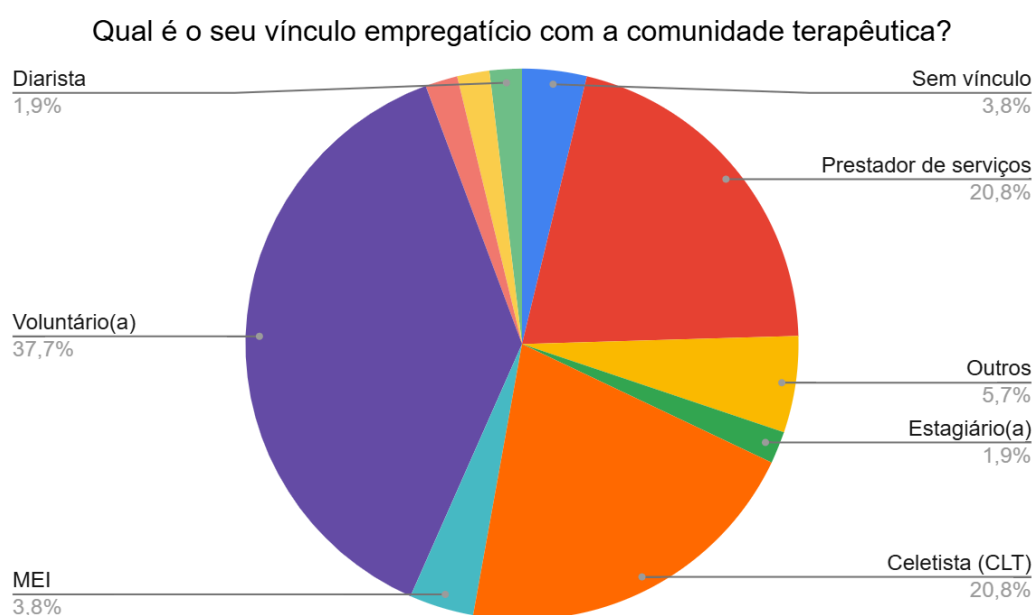
Às 16 horas, momento livre;

Às 17:30 horas realiza-se o Culto do Perdão, com roda de conversa dos acolhidos e profissionais da equipe técnica;;

Às 19 horas, jantar; às 20 horas, descanso;

às 21 horas, mais uma vez estudo da apostila de conscientização sobre a dependência química;

Às 22 horas, repouso noturno”. Casa do Oleiro - Teresina/PI



4.3.4 Dumping Social e Impacto Econômico, Previdenciário e de Proteção Social das Violações

É inadmissível pensar em um modelo de entidade com ou sem fins lucrativos - considerando que algumas comunidades cobram mensalidade dos acolhidos ou de suas famílias - que trabalhe de maneira absolutamente informal, em manifesta fraude à relação de emprego.

A precarização deliberada das relações de trabalho verificada nas comunidades terapêuticas caracteriza, outrossim, a prática de *dumping* social, consistente na obtenção de vantagens competitivas ilícitas mediante o descumprimento sistemático e reiterado da legislação trabalhista. Tal conduta viola frontalmente o princípio da função social da propriedade e da empresa, insculpido no artigo 170, III, da Constituição Federal, que impõe o exercício da atividade econômica em consonância com os interesses da coletividade.

O *dumping* social, além de causar prejuízos diretos aos trabalhadores afetados, provoca distorções no mercado, conferindo vantagem econômica indevida às entidades que descumprem a legislação em detrimento daquelas que observam rigorosamente as normas trabalhistas. Essa prática anticoncorrencial compromete a própria sustentabilidade do sistema econômico, na medida em que incentiva a violação sistêmica dos direitos laborais como estratégia de redução de custos.

A jurisprudência trabalhista tem reconhecido a gravidade do *dumping* social, impondo indenizações suplementares com caráter pedagógico-punitivo, conforme se depreende do Enunciado nº 4 da 1ª Jornada de Direito Material e Processual na Justiça do Trabalho, que estabelece:

"DUMPING SOCIAL. DANO À SOCIEDADE. INDENIZAÇÃO SUPLEMENTAR. As agressões reincidentes e inescusáveis aos direitos trabalhistas geram um dano à sociedade, pois com tal prática desconsidera-se, propositalmente, a estrutura do Estado social e do próprio modelo capitalista com a obtenção de vantagem indevida perante a concorrência. A prática, portanto, reflete o conhecido 'dumping social', motivando a necessária reação do Judiciário trabalhista para corrigi-la".

A ausência de registro formal dos trabalhadores repercute, ainda, gravemente no sistema de proteção social, notadamente no âmbito previdenciário. A não formalização do vínculo empregatício implica a inexistência de recolhimentos para o Regime Geral de Previdência Social, comprometendo o acesso futuro dos trabalhadores a benefícios como aposentadoria, auxílio-doença e pensão por morte.

Ademais, a inexistência de recolhimentos para o FGTS priva os trabalhadores de importante mecanismo de proteção contra o desemprego e de formação de pecúlio para aquisição de moradia própria, frustrando a finalidade social do instituto, prevista no artigo 7º, III, da Constituição Federal.

5.0 FISCALIZAÇÃO EXTERNA

A fiscalização de entidades que executam políticas públicas e prestam serviços na área da assistência social encontra amparo no ordenamento jurídico brasileiro, notadamente na Constituição Federal de 1988 e em normas infraconstitucionais que regulam a atuação dos órgãos de controle. O artigo 127 da Constituição confere ao Ministério Público a função institucional de defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, legitimando sua atuação fiscalizadora em espaços que envolvam a proteção de direitos fundamentais.

É importante mencionar a Lei nº 13.840, de 2019, que acrescentou o art. 67-A à Lei nº 11.343, de 2006, trazendo aprimoramentos importantes, como a previsão de fiscalização específica para as comunidades terapêuticas. A Lei nº 13.146, de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) também impacta a fiscalização, ao garantir a autonomia e a inclusão das pessoas com deficiência, categoria que pode incluir indivíduos em tratamento em comunidades terapêuticas.

Nesse sentido, deveria haver fiscalizações periódicas para garantir que as comunidades terapêuticas:

- Ofereçam um ambiente seguro e digno, com instalações adequadas, com condições sanitárias e de higiene apropriadas, sem superlotação e com garantia de privacidade.
- Respeitem a autonomia e a liberdade dos acolhidos, com acolhimento voluntário, com consentimento informado, e preservação da liberdade individual, evitando restrições desproporcionais ou desnecessárias.
- Apliquem métodos terapêuticos baseados em evidências, com tratamentos cientificamente embasados, individualizados e focados na recuperação e reinserção social do acolhido.
- Contem com equipes multiprofissionais qualificadas, com a presença de profissionais de saúde mental, como médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, para o acompanhamento adequado.

- Promovam a reinserção social e familiar, visando não apenas a abstinência, mas a capacitação do indivíduo para retomar sua vida em sociedade, com o apoio da família e da comunidade.
- Mantenham a transparência e a prestação de contas, com registros claros dos acolhidos, do plano terapêutico e das condições de funcionamento.

Dessa forma, o interesse público nessa fiscalização decorre não apenas do envolvimento de recursos públicos, mas da necessidade de garantir que nenhuma pessoa seja submetida a tratamento degradante, arbitrário ou contrário à legislação vigente, buscando a efetivação de um modelo de cuidado em liberdade, conforme preconizado pela política nacional sobre drogas e pela reforma psiquiátrica brasileira.

De acordo com as vistorias realizadas, as informações sobre controle externo das comunidades terapêuticas inspecionadas são bastante genéricas.

Os mais citados como principais órgãos de fiscalização/inspeção foram o Conselho de Políticas sobre Drogas, a Vigilância Sanitária e o Ministério Público.

Sobre a fiscalização do Conselho de Políticas sobre Drogas, a frequência de fiscalização foi relatada como "não sabe responder", duas vezes por ano, semestralmente, mensal, anual, conforme agendamento do órgão, sem frequência definida.

Sobre o Ministério Público, foi mencionado que as inspeções ocorrem com uma frequência semestral em certos casos, enquanto em outros, não há uma frequência certa (são fiscalizadas "eventualmente").

A Defensoria Pública também figura entre os órgãos que realizam controle externo. A frequência de fiscalização é reportada como "não", "não soube afirmar com precisão", eventualmente ou não informada.

Organizações da sociedade civil também são citadas como entidades que visitam as comunidades terapêuticas. A frequência dessas visitas é frequentemente reportada rara ou inexistente, sendo reportada como "eventualmente" em algumas unidades.

Órgãos ligados à saúde, tanto em nível estadual quanto municipal, são mencionados como fiscalizadores, tais como Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Vigilância Sanitária. A frequência de fiscalização é apontada como uma vez a cada seis meses, eventualmente e anualmente.

Os Conselhos Regionais de Psicologia, em alguns casos, constataram exercício irregular da profissão de psicologia e inadequação do espaço para atendimento psicológico. A fiscalização por este órgão, no geral, quando acontece, ocorre de forma eventual.

Algumas poucas unidades identificaram como órgãos fiscalizadores os Conselhos Tutelares, em casos de acolhimento de pessoas com filhos; os Conselhos Regionais de Assistência Social (CRAS/CREAS), as Secretarias de Assistência Social, o Corpo de Bombeiros, algumas Prefeituras e os Conselhos Regionais de Medicina.

Em suma, a fiscalização das comunidades terapêuticas no Brasil é realizada por diversos órgãos, com frequência muitas vezes irregular, indefinida ou considerada insuficiente. A atuação desses órgãos apresenta falhas como a falta de periodicidade, problemas estruturais, irregularidades profissionais, deficiências na guarda de documentos, ilícitos sanitários, internações involuntárias sem respaldo legal, remoções forçadas e ausência de estratégias eficazes de monitoramento. Esses fatores indicam que, em muitos casos, a fiscalização tem sido inadequada para assegurar o bem-estar e os direitos das pessoas acolhidas.

A existência de canais de denúncia disponíveis aos acolhidos é mencionada em algumas unidades, o que poderia complementar a fiscalização externa, mas a efetividade e o uso desses canais não são detalhados.

A própria iniciativa do MPF em coordenar ações de inspeção e a realização de novas rodadas de inspeção indicam um reconhecimento da necessidade de uma supervisão mais robusta e integrada. A ausência de estratégias formais de monitoramento e avaliação também dificulta a garantia da qualidade dos serviços.

6.0 FINANCIAMENTO PÚBLICO

A destinação de recursos públicos para comunidades terapêuticas encontra amparo em diversas normas, sempre com o objetivo precípua de promover a saúde e a dignidade humana. A Constituição Federal de 1988 estabelece o dever do Estado de garantir o direito à saúde e à assistência social a todos, fundamentos que justificam o investimento em redes de cuidado para a dependência química.

A Lei nº 11.343, de 2006, em seu artigo 26, parágrafo único, prevê a possibilidade de financiamento de instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, que desenvolvam programas de reinserção social de usuários e dependentes de drogas, desde que atendam aos requisitos estabelecidos em regulamento. Essa previsão legal abriu as portas para o repasse de verbas federais, estaduais e municipais a comunidades terapêuticas.

Adicionalmente, a Lei nº 13.840, de 2019 promoveu importantes alterações na Lei de Drogas, reforçando a necessidade de transparência, controle e fiscalização na destinação desses recursos. Essa lei estabelece diretrizes claras para a celebração de convênios, contratos ou termos de fomento e colaboração com as comunidades terapêuticas, exigindo a comprovação de sua regularidade jurídica, técnica e fiscal.

A despeito de sua natureza não estatal, as comunidades terapêuticas vêm sendo amplamente financiadas com recursos públicos oriundos das três esferas da federação. No caso de recursos federais, o financiamento vem sendo feito por meio de editais do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) e emendas parlamentares.

Esse financiamento, contudo, suscita preocupações relevantes quanto à conformidade das comunidades terapêuticas com os marcos normativos da assistência social e da saúde, especialmente no que se refere à prestação de serviços em consonância com os princípios do cuidado em liberdade, da interdisciplinaridade e da centralidade dos direitos humanos. O financiamento público também exige maior transparência para possibilitar aferir com mais facilidade o montante de recursos destinados e a efetividade da política pública.

Nas inspeções realizadas, foram obtidas as seguintes informações sobre o financiamento público das entidades:

A Associação Divina Misericórdia - Nova Jericó (Marechal Deodoro, Alagoas) recebe R\$ 33,00 a diária por pessoa acolhida, proveniente do SEPREV (Estado) e Governo Federal. Além disso, foi mencionado que a maioria dos acolhidos recebe Bolsa Família, e a instituição auxilia na inscrição. Os acolhidos da comunidade Nova Jericó têm seus custos parcialmente cobertos pelo programa ACOLHE do Estado de Alagoas, embora a alimentação dependa principalmente de doações.

A Obra Social Nossa Senhora da Glória Fazenda da Esperança Irmã Cleusa Rody (Manaus/AM) mencionou que o Ministério do Desenvolvimento Social contrata 50% das vagas da capacidade máxima de lotação da unidade, sendo representado por um total anual de R\$ 436.069,56 (se funcionar na capacidade de lotação máxima), o que corresponde a uma média mensal por vaga de R\$ 1.172,23. O Governo do Estado do Amazonas forneceu dois automóveis e máquinas de costura. E o município de Manaus forneceu eletrodomésticos, equipamentos de panificação, geladeira e fogão para a comunidade terapêutica.

A Obra Social Nossa Senhora da Glória - Fazenda da Esperança Santa Bakita (Brazlândia/DF) mencionou a existência do Projeto Criação de Deus (Distrito Federal), que recebe recursos públicos, sobretudo do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas. Recebe um total anual de R\$ 564.000,00, o que corresponde a uma média mensal por vaga de R\$ 1.170,00.

A entidade Desafio Jovem Restauração Shalom (Goiânia/GO) recebe auxílio nutricional de R\$ 1.800,00/mês da Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de Goiás (SEDS/GO) e R\$ 1.172,00 por pessoa acolhida do Ministério do Desenvolvimento Social.

No relatório da visita à Comunidade Terapêutica do Maranhão (Timon/MA), é mencionado que a comunidade recebe recursos da Nota Solidária (programa do governo estadual) e também do Governo Federal. Não há informações sobre os valores.

A Comunidade Terapêutica Reconstruir (Juiz de Fora/MG) recebeu um total anual de R\$ 82.224,00, com uma média mensal por vaga de R\$ 1.142,00.

A Comunidade Terapêutica Tenda Abraão (Cuiabá/MT) recebe recursos do Ministério do Desenvolvimento Social, cerca de R\$ 70.000,00 (valor total anual), do Ministério Público do Trabalho (em virtude de TAC firmado para aquisição de uma placa solar para a entidade), além de recursos provenientes 7ª Vara SJMT e Juizado Especial Ambiental.

A Fazenda da Esperança - Nossa Senhora de Nazaré (Belém/PA), recebe recursos do Governo do Estado do Pará. O valor total anual e mensal dos recursos do Governo do Estado para a entidade não é especificado.

A Sober House (São Lourenço da Mata/PE) não informou sobre o recebimento de recursos públicos. Já a Saravida Masculina (Vitória de Santa Antão/PE) informou receber recursos do Governo Federal, mas não informou o volume de recursos. Dados do MDS indicam o valor projetado de R\$ 1.000.000,00 para a unidade, no ano de 2024.

A Comunidade Terapêutica Betesda (Teresina/PI) recebe R\$ 1.153,00 (federal) e R\$ 1.000,00 (estadual) por pessoa acolhida, com uma diária de R\$ 39,00 (federal) e R\$ 33,33 (estadual). Não é especificado o número de vagas financiadas por cada ente para calcular o valor total anual.

A Missão SOS Vida (Pato Branco/PR) recebe anualmente cerca de R\$ 109 mil do Só Nota Paraná, o que representa aproximadamente R\$ 9 mil por mês.

O MOLIVI (Cascavel/PR) recebe R\$ 39,00 a diária por vaga do governo estadual e R\$ 85,00 reais a diária por vaga do município, com um número limitado de vagas para cada convênio.

A Casa de Apoio Feminino por Amor (Rio de Janeiro/RJ) recebe recursos de convênio firmado com o Estado do Rio de Janeiro, no valor de R\$ 1.500,00 por vaga para 15 vagas, e uma emenda parlamentar anual de R\$ 500.000,00 (valores repassados para estrutura e funcionários). O valor total anual de recursos públicos seria, portanto, R\$ 270.000,00 (do convênio) somados aos R\$ 500.000,00 (da emenda), totalizando R\$ 770.000,00.

A Prefeitura de Boa Vista (RR) é mencionada como um dos órgãos que fornecem recursos para o Centro Terapêutico de Recuperação e Inserção Social da Pessoa com Dependência Química (Recanto de Davi). Informa receber um valor total anual de R\$ 648.000,00 em recursos públicos, o que equivale a uma média mensal de R\$1.800,00 por vaga.

A Comunidade Terapêutica Nova Jornada (Avaré/SP), recebe recursos públicos, com um valor total anual de R\$ 806.400,00 para o preenchimento de 42 vagas, representando um valor de R\$ 1.600,00 por vaga desde julho de 2024.

A Associação de Recuperação e Reinserção Social de Araguaína - Comunidade Vida Nova (Araguaína/TO) - informou que recebe recursos federais mensalmente, mas o valor exato não é especificado.

A Unidade de Acolhimento para Adultos (Araguaína/TO), embora não seja formalmente uma comunidade terapêutica no mesmo sentido da Associação de Recuperação e Reinserção Social, é custeada pela Prefeitura de Araguaína e não recebe recursos federais. O custo total para a Prefeitura de Araguaína não foi detalhado.

Dessa forma, verifica-se que o financiamento público desempenha um papel significativo para diversas comunidades terapêuticas, com o MDS sendo um dos principais órgãos federais repassando recursos, assim como as emendas parlamentares. Governos estaduais e municipais também contribuem financeiramente. Além dos repasses diretos, o acesso a benefícios recebidos pelos acolhidos, como o Auxílio-doença, Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada, pode representar uma fonte de financiamento indireta.

Nesse ponto, imprescindível destacar que havendo financiamento ou convênios com o poder público, emerge a responsabilidade solidária do Estado, com base no artigo 37, §6º, da Constituição Federal, que consagra a teoria do risco administrativo. Nessa hipótese, o ente público, ao fomentar a atividade das comunidades terapêuticas sem a devida fiscalização quanto ao cumprimento das normas, entre elas as trabalhistas básicas, contribui para a perpetuação das violações, devendo, por conseguinte, responder objetiva e solidariamente pelos danos causados.

Vale dizer que, havendo repasse de recursos públicos direta ou indiretamente para comunidades terapêuticas, imperiosa a implementação de um plano de fiscalização e monitoramento tal como previsto pela Portaria nº 562, de 2019 do Ministério da Cidadania, de modo que o financiamento público dessas entidades não seja traduzido em uma chancela estatal à violência perpetrada nestas instituições.

Assim, sem problematizar a própria pertinência do cofinanciamento público a estas instituições, 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, bem como a observância da legislação vigente quanto à equipe de trabalhadores. Nesse sentido, é de suma importância responsabilizar o poder público pelo monitoramento dessas entidades, situação que se torna ainda mais necessária, porque, em relação às comunidades terapêuticas, há recorrentes denúncias de violações de direitos.

Ademais, as entidades mantenedoras e os dirigentes também devem ser responsabilizados objetivamente, haja vista que, ao estruturarem o modelo de negócio com base na precarização das relações de trabalho, assumem deliberadamente o risco de causar danos aos trabalhadores, configurando-se a hipótese de responsabilidade pelo risco-proveito.

A repercussão social das violações perpetradas é, portanto, manifesta, uma vez que compromete a própria política pública de tratamento de dependentes químicos, desviando-a de sua finalidade precípua para transformá-la em instrumento de exploração de mão de obra vulnerável.

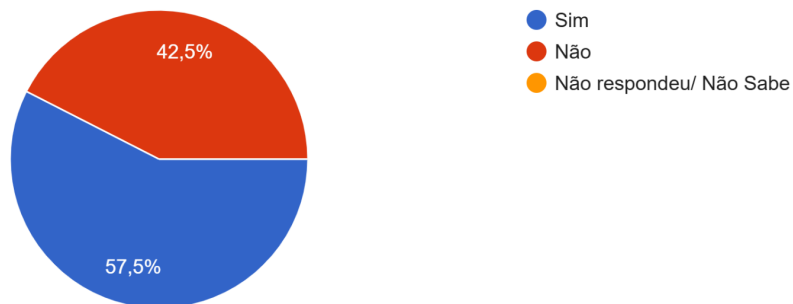
Alguns relatos mencionam:

Um acolhido do Desafio Jovem Restauração Shalom (Goiás), em um dos roteiros às pessoas privadas de liberdade, sugeriu trocar a direção e alegou que *"Há internados que recebem auxílio do Estado, porém não ver (sic) o dinheiro; a entidade mantém internados sem necessidade de ficar, só pra receber a verba"*.

Em um dos formulários respondidos por um residente do Movimento para Libertação de Vidas (PR), há a sugestão de que *"o governo deveria assistir mais pessoas - contribuir com profissionais para atendimento e ampliação da equipe"*.

Analisando os formulários preenchidos pelas direções das comunidades terapêuticas visitadas, 23 unidades afirmaram receber recursos públicos para o funcionamento de suas atividades, representando 57,5% das entidades, conforme gráfico a seguir.

A instituição recebe recursos públicos?
40 respostas



7.0 CONCLUSÕES/ PROPOSIÇÕES

O uso abusivo de álcool e outras drogas configura-se como um problema complexo e multifacetado, cuja abordagem exige a atuação articulada e a responsabilização de diversos órgãos e esferas do Poder Público. Este desafio transcende o campo da segurança pública, das políticas públicas sobre drogas e da assistência social, assumindo uma centralidade inquestionável como tema de saúde pública, sendo imperativo que o atendimento do usuário e do dependente envolva, de forma prioritária e central, os órgãos de saúde pública. A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) e o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD, Lei nº 11.343/2006) estabelecem que o cuidado deve ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, de caráter comunitário e com o menor grau de invasividade possível, priorizando a reinserção social e familiar.

Nesse contexto, o presente Relatório, que consolida os dados das inspeções realizadas pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão em conjunto com o Ministério Público do Trabalho, não se limita a expor as graves violações de direitos humanos constatadas nas comunidades terapêuticas, mas serve como uma provocação necessária para uma reformulação profunda da política de atenção e reinserção social dos usuários e dependentes de álcool e drogas no país. Os achados demonstram que a lógica asilar e de confinamento persiste, com graves prejuízos aos acolhidos, em absoluta contrariedade à legislação vigente e aos Direitos Humanos.

É premente a normatização e a consolidação de uma política pública sobre o tema que seja efetivamente orientada por evidências científicas, pela primazia do cuidado em saúde e pela ética dos Direitos Humanos. O atual cenário de lacunas normativas e de crescente financiamento público das comunidades terapêuticas, sem nenhuma evidência de efetividade e com constantes denúncias de violações a direitos humanos exige que o Estado reassuma seu papel de garantidor de um cuidado digno e baseado na interdisciplinaridade, atuando de forma coordenada entre diferentes sistemas de proteção.

A superação do modelo manicomial e a garantia de um cuidado integral dependem da articulação plena da Rede de Atenção Psicossocial, do Sistema Único de Assistência Social e do Sistema Único de Saúde, e da atuação vigilante dos órgãos de controle.

As proposições a seguir, fundamentadas nas constatações deste relatório, são, portanto, direcionadas a garantir que a política pública se cumpra de forma coerente, protetiva e, sobretudo, a concitar os seguintes órgãos e entidades a que, dentro da respectiva esfera de atribuição, desenvolvam normas e/ou práticas que assegurem a primazia do cuidado em saúde mental:

- Ministério da Saúde (MS) e órgãos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e as Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais;
- Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) e órgãos de gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS);
- Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD);
- Ministério Público do Trabalho (MPT) e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE);
- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA);
- Ministérios Públicos Estaduais (MPes), Defensoria Pública da União (DPU) e Defensorias Públicas Estaduais (DPEs);
- Órgãos de Controle e Fiscalização Financeira e de Direitos Humanos: Tribunal de Contas da União (TCU), Controladoria-Geral da União (CGU), Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Tribunais de Contas Estaduais (TCEs) e Conselhos de Saúde e Assistência Social.

7.1 Necessidade de Melhoria das Fiscalizações

É notória a inexistência de fiscalizações de rotina nas comunidades terapêuticas por parte dos órgãos públicos e/ou de controle. A visita é realizada, muitas vezes, apenas pela vigilância sanitária por ocasião da expedição do alvará de funcionamento, e pelo Ministério Público. A falta de um acompanhamento contínuo impede a verificação da real conformidade operacional dessas instituições.

Em muitos casos vistoriados, as comunidades terapêuticas estavam formalmente adequadas, apresentaram a documentação solicitada e funcionavam com autorização da vigilância sanitária, mas as práticas diárias frequentemente

desrespeitam os direitos fundamentais das pessoas acolhidas. Nas visitas realizadas, foi possível verificar uma série de práticas comuns que precisam ser revistas ou coibidas.

Uma dessas práticas é a padronização de projetos terapêuticos singulares, que são uma mera repetição, sem levar em conta as características e circunstâncias singulares de cada caso.

As comunidades terapêuticas têm, por força do art. 22, III, da Lei nº 11.343, de 2006, o dever de desenvolver, para cada acolhido, projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde:

“Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

(...)

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;...”

Nesse sentido, a Resolução CONAD nº 1, de 19 de agosto de 2015, que regulamenta as entidades que realizam acolhimento de pessoas em caráter voluntário, embora não use diretamente o termo projeto terapêutico individualizado, trata do seu equivalente, o chamado de Plano de Atendimento Singular, com o mesmo propósito: garantir um cuidado personalizado, voluntário e com respeito aos direitos humanos. A norma torna obrigatória a criação de um programa de acolhimento, detalhando seu modelo de atenção, objetivos gerais, organização da rotina, critérios de acolhimento e desligamento, estrutura da equipe e processos de avaliação, com registro e acompanhamento individualizado:

“ Art. 6º São obrigações das entidades que promovem o acolhimento de pessoas com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, dentre outras:

(...)

I - possuir e cumprir seu programa de acolhimento, que também deverá

conter as normas e rotinas da entidade,..."

“ Art. 11. O PAS é o instrumento que especifica e monitora as ações de acolhimento individual, devendo reunir todas as informações a respeito do acolhido, inclusive aquelas exigidas pelos órgãos de controle e fiscalização, conforme modelo constante do Anexo desta Resolução.

§ 1º O PAS deverá necessariamente conter as seguintes informações:

I- dados pessoais do acolhido;

II - indicação dos familiares ou pessoas indicadas pelo acolhido, os respectivos contatos, bem como a evolução do vínculo familiar durante o período de acolhimento;

III - histórico de acompanhamento psicossocial, incluindo eventuais internações, acolhimentos e outras formas de tratamento;

IV - indicação do profissional de referência da equipe da entidade para o acolhido;

V - qual(is) a(s) substância(s) psicoativa(s) de que faz uso o acolhido;

VI - motivação para o acolhimento;

VII - todas as atividades a serem exercidas pelo acolhido, dentre aquelas do art. 12, e a frequência de suas realizações;

VIII - período de acolhimento e as intercorrências;

IX - todos os encaminhamentos do acolhido aos serviços da rede do SUS, SUAS e demais órgãos;

X - todos os encaminhamentos visando à reinserção social, incluídos os projetos de educação, capacitação profissional e geração de trabalho e renda; e

XI - evolução do acolhimento, seus resultados e planejamento de saída do acolhido.”

É essencial que as propostas terapêuticas sejam construídas de forma personalizada para atender às necessidades específicas da pessoa em sofrimento psíquico, vulnerabilidade ou uso problemático de substâncias com foco individualizado e formulado por uma equipe multiprofissional, com participação do usuário e, se possível, da família, e adaptado constantemente.

Esses instrumentos são fundamentais para personalizar o cuidado, identificando necessidades, definindo metas terapêuticas, estratégias e responsabilidades de forma participativa entre o acolhido, sua família e a equipe multidisciplinar.

As fiscalizações e visitas dos serviços públicos devem analisar os planos individuais, bem como verificar a existência de projetos que prevejam o restabelecimento de vínculos familiares e a reinserção social, devendo, ainda, ser aferido se a comunidade terapêutica disponibiliza práticas cotidianas e dispõe de recursos adequados para a correta execução dos referidos planos e projetos terapêuticos.

Também restou evidenciado que a maioria das instituições visitadas impede a livre saída dos usuários e adota medidas punitivas em casos de tentativa de fuga, bem como foi constatada a prática reiterada de isolar residentes como forma de sanção disciplinar. Em algumas comunidades, foi identificada a retenção indevida de documentos pessoais, pertences, cartões bancários e meios de acesso a benefícios previdenciários. Além disso, a maioria das comunidades terapêuticas inspecionadas restringe o acesso a meios de comunicação, inclusive como forma de punição, impedindo o acesso a telefonemas, correspondências e visitas.

Assim, é imprescindível que as fiscalizações verifiquem se o respeito aos direitos humanos fundamentais dos acolhidos vem sendo garantido pelas comunidades terapêuticas.

Importante, ainda, notar que em algumas comunidades terapêuticas foi constatado o acolhimento de adolescentes, embora a Resolução CONANDA nº 249, de 2024, atualmente vigente, seja categórica em proibir o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas, evidenciando o impacto negativo da ausência dos órgãos de fiscalização nos locais.

Além disso, é preciso que as fiscalizações incluam entrevistas individuais com os acolhidos, garantindo a privacidade, e em local protegido da presença de funcionários e monitores. Isso porque, durante as inspeções, detectou-se que os acolhidos temem represálias por parte dos funcionários e monitores das comunidades terapêuticas, o que impede que se manifestem de forma livre e revelem eventuais práticas degradantes sofridas ou presenciadas. Assim, as rodas de conversa se mostraram insuficientes para assegurar a escuta adequada dos usuários.

Em um espaço de isolamento de pessoas em situação de vulnerabilidade causada ou agravada pelo uso de álcool ou outras drogas, torna-se imprescindível que haja uma atenção proporcional à situação de risco que se encontram esses indivíduos.

A Resolução do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH) nº 8, de 2019 prevê:

“ Art. 27 Todas as esferas comprometidas com o monitoramento e inspeção em serviços de saúde mental e drogas devem superar a precariedade, fragmentação e desarticulação dos processos e dos órgãos de fiscalização hoje existentes, tais como aqueles envolvendo a Vigilância Sanitária, Bombeiros, Ministério Público, conselhos e associações profissionais, comissões de sindicância do Legislativo, entre outros.

§ 1º Os processos de fiscalização devem ser desdobrados sem exceção em medidas corretivas e punitivas aos responsáveis pelas irregularidades e deste modo superar a hoje frequente ineficácia destas ações que geram impunidade e perpetuação das violações de direitos.

§ 2º Os processos de fiscalização devem ser mais constantes e detalhados nos serviços do tipo asilar, que praticam a restrição de liberdade e do contato/comunicação com o mundo exterior, que frequentemente estabelecem tratamentos invasivos que resultam em diferentes graus de anulação da privacidade e subjetividade, e em violações de direitos.

Parágrafo único. Deve-se atentar de modo rigoroso e permanente para os serviços instalados em locais afastados dos centros urbanos e de difícil acesso (por restrição de entrada e visita e/ou distância), como por exemplo as comunidades terapêuticas (CFP, MNPCT, MPFDC, 2018) e hospitais psiquiátricos. O contexto de isolamento do mundo e da visibilidade social, transformam em principais denunciadores potenciais os usuários e seus familiares, os quais acabam tendo suas vozes caladas através da desqualificação de seus discursos e/ou coação direta. Assim, cabe às diversas instâncias responsáveis pela fiscalização um esforço adicional de implementar processos constantes de monitoramento, divulgação e conscientização dos direitos básicos que devem ser respeitados nestes tipos de serviços.”

A continuidade dos problemas e relatos de violações de direitos demonstra que a fiscalização carece de efetividade. A diversidade nas respostas sobre sua

frequência — incluindo desconhecimento ou inexistência de ações por parte de certos órgãos — aponta para uma supervisão pouco sistemática e abrangente.

A recorrência de práticas como longos períodos de internação, ausência de equipes multiprofissionais, isolamento como método terapêutico e funcionamento com características asilares, em desacordo com a Lei nº 10.216, de 2001, pode ser vista como reflexo de uma fiscalização falha, que permite a manutenção de práticas inadequadas.

Diante disso, há necessidade premente de fiscalizações regulares e abrangentes, não apenas pela vigilância sanitária, mas também pelos serviços de assistência social dos municípios. O foco principal deve ser a segurança do usuário do serviço e a garantia de seus direitos.

Nesse sentido, **propõe-se** a implementação de fiscalizações frequentes, da vigilância sanitária, assistência social e demais órgãos competentes para garantia dos direitos de pessoas em situação de vulnerabilidade, com avaliação das práticas cotidianas da comunidade e respeito às garantias dos arts. 19 e 20 da RDC 29, de 2011, mediante inclusão na rotina das fiscalizações da análise dos projetos terapêuticos singulares de atendimento e de entrevistas individuais, com garantia de privacidade e segurança aos acolhidos.

Propõe-se também a fiscalização pelos órgãos competentes para garantia de direitos de crianças e adolescentes, inclusive Conselho Tutelar e serviços da assistência social, para verificar o cumprimento da Resolução CONANDA nº 249, de 2024 e a observância da Nota Técnica nº 12, de 2022 do CNPG.

7.2 Efetividade das Políticas Públicas

Outra prática comum que foi observada é que muitos acolhidos passam por diversas instituições, vários deles já estiveram em outras comunidades terapêuticas, por longos períodos, e não raro emendaram lapsos de acolhimento em comunidades terapêuticas diversas, sem interregno e sem justificativa fundamentada. Essas situações evidenciam violação à limitação do tempo de acolhimento (art. 6º, §§1º e 2º da Resolução CONAD nº 1, de 2015), bem como a ausência de reinserção na família e na sociedade, o que pode ser imputado também à falta de articulação com os serviços de assistência social dos territórios e de políticas públicas que garantam

moradia, educação, trabalho, atenção em saúde mental e apoio para retomada da vida aos egressos de comunidades terapêuticas. O fato de que a maioria dessas entidades está situada em zona rural também pode dificultar o processo de reinserção social.

Tais situações indicam ainda a necessidade de avaliar se o Sistema de Gestão das Entidades Atuantes na Redução de Demanda de Drogas, previsto na Portaria MDS nº 962, de 21 de fevereiro de 2024, que prevê a obrigação de cadastrar todos os acolhidos em comunidades terapêuticas (art. 10, II), é suficiente para assegurar a limitação do tempo de acolhimento, ou se é preciso que se crie novo cadastro nacional para tanto.

Revelam também a premência de formulação de metas e indicadores para avaliação da eficiência, eficácia e efetividade da política pública de acolhimento em comunidades terapêuticas, na linha do que já foi recomendado no trabalho “Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020”, da Conectas Direitos Humanos e do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP):

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

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

No plano do planejamento e execução orçamentária anual, um conjunto de medidas de curto e de médio prazo poderiam ser implementadas:

- a. Adequação da classificação funcional-programática para permitir a identificação direta dos gastos com Comunidades Terapêuticas;

- b. Complementação das informações sobre o relacionamento entre pagamentos individualizados e a classificação funcional-programática;
- c. Apresentação anual dos dados quantitativos relativos aos atendimentos, às vagas mantidas e às novas vagas criadas;
- d. Atualização do mapa das Comunidades Terapêuticas no Brasil, com indicação, para cada entidade, dos convênios, dos termos de fomento e dos contratos em andamento.

A adoção destas medidas permitiria, ao menos, tornar mais evidentes e acessíveis os parâmetros do planejamento e da execução orçamentária do financiamento de CTs, algo já comum a outras políticas públicas. Parâmetros, critérios e informações sobre essa política crescentemente onerosa estariam acessíveis sem que a sociedade civil tenha o ônus de despendar tantos recursos, possibilitando um debate qualificado sobre um tema tão sensível. (*Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020*, p. 36-37)".

É essencial que uma política pública dessa dimensão, que envolve mais de R\$ 100 milhões anuais, tenha metas e indicadores referentes à relação entre vagas disponibilizadas e recursos utilizados; critérios de distribuição do serviço, tanto do ponto de vista de territórios, como de públicos-alvo; e métricas para aferir quais os impactos da política e sua capacidade de alcançar os objetivos desejados.

Nesse sentido, **propõe-se** avaliar se o *Sistema de Gestão das Entidades Atuantes na Redução de Demanda de Drogas*, previsto na Portaria MDS nº 962, de 21 de fevereiro de 2024, que prevê a obrigação de cadastrar todos os acolhidos em comunidades terapêuticas (art. 10, II), é suficiente para assegurar a limitação do tempo de acolhimento (art. 6º, §§1º e 2º da Resolução CONAD nº 1, de 2015), ou se é preciso que se crie novo cadastro nacional para tanto.

Propõe-se a formulação de metas e indicadores, de âmbito nacional, para avaliação da eficiência, eficácia e efetividade da política pública de acolhimento em comunidades terapêuticas, sugerindo-se a adoção dos seguintes parâmetros:

1 - indicador(es) para aferir se o acolhimento na comunidade terapêutica está sendo adequadamente acompanhado pela RAPS e SUAS, haja vista a necessidade de que a assistência disponível à saúde mental seja parte do sistema de cuidados de saúde e sociais;

2 - indicadores e metas para verificar a efetividade do acolhimento em comunidades terapêuticas, em especial que permitam coletar evidências de que as práticas adotadas asseguram a reinserção social dos acolhidos após o período de permanência;

3 - indicadores e metas para verificar a efetividade do acolhimento em comunidades terapêuticas considerando o(s) período(s) de acolhimento de cada indivíduo, bem como as médias por entidade, por Município, Estado e região, assim com os índices de “reacolhimentos” (pessoas que passaram por mais de um período de acolhimento, na mesma ou em outra comunidade);

4 - indicadores e metas para verificar se o Plano de Atendimento Singular foi regularmente elaborado (art. 11 da Resolução CONAD nº 1, de 2015) e se é periodicamente atualizado;

5 - indicadores e metas para verificar o custo de acolhimento em cada entidade.

Propõe-se que sejam anualmente apresentados os dados quantitativos relativos aos atendimentos, às vagas mantidas e às novas vagas criadas, bem como atualizado o mapa das Comunidades Terapêuticas no Brasil, com indicação, para cada entidade, dos convênios, dos termos de fomento e dos contratos em andamento.

Propõe-se a formulação de estudo acerca das evidências científicas sobre a eficácia, a efetividade e a segurança do tratamento baseado unicamente em abstinência, inclusive com avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação ao atendimento baseado no cuidado integral e assistência multiprofissional, atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas e no desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos oferecidos na RAPS, entre outras alternativas de atendimento às pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Propõe-se a criação e implementação de políticas específicas para assegurar acesso das pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas com políticas de moradia, assistência social, educação, saúde e emprego.

7.3 Interlocução com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social

Nos termos do art. 22 da Lei nº 11.343, de 2006, a atenção aos usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares e as de reinserção social devem observar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social. Os resultados dos tratamentos oferecidos devem ser acompanhados pelo SUS, SUAS e Sisnad, de forma articulada (art. 23-A, IV).

A Rede de Atenção Psicossocial é um conjunto de serviços e equipamentos de saúde que tem como objetivo garantir o cuidado integral e contínuo a pessoas em sofrimento psíquico, com transtornos mentais - incluindo aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas - e seus familiares, no âmbito do SUS⁴³.

Entre outros marcos normativos que fundamentam o cuidado em saúde mental no SUS, a RAPS está ancorada na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, priorizando o tratamento em serviços comunitários de saúde mental e desestimulando as internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos.

A Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, prevê as comunidades terapêuticas como pontos de atenção na RAPS, classificados como Serviços de Atenção em Regime Residencial transitório para adultos com necessidades decorrentes do uso de drogas (PRT MS/GM 3088, de 2011, Art. 9º, II)⁴⁴.

Há contínuos debates sobre a compatibilidade das metodologias utilizadas nas comunidades terapêuticas - focadas na abstinência e, por vezes, em afastamento social - com os princípios da RAPS, centrados na reinserção social e na redução de danos. Uma forte corrente defende, inclusive, que o investimento público deve ser direcionado para os serviços de base territorial e comunitária da RAPS⁴⁵.

⁴³ Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 16 de abr. de 2025.

⁴⁴ Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em 16 de abr. de 2025.

⁴⁵ SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Comunidades Terapêuticas e a Disputa sobre Modelos de Atenção a Usuários de Drogas no Brasil. In: Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão. Brasília: Ipea, 2018. Página 1-35. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/190103_comunidades_terapeuticas_cap1.pdf

Elas não são formalmente parte do Sistema Único de Assistência Social, embora existam algumas interseções e a necessidade de articulação.

Em 23 de abril de 2024, o Conselho Nacional de Assistência Social expediu a Resolução CNAS/MDS nº 151, sobre o *“não reconhecimento das comunidades terapêuticas e entidades de cuidado, prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares como entidades e organizações de assistência social e sua não vinculação ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS)”*.

O CNAS enfatiza que as comunidades terapêuticas não devem ser inscritas nos conselhos de assistência social, sendo sua certificação de responsabilidade do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (DEPAD) do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e que não podem ser financiadas com recursos da assistência social (arts. 4º, 6º, 7º e 8º).

Não obstante, o direito ao mais alto padrão de saúde física e mental que deve ser assegurado aos usuários indica a necessidade de políticas públicas atuais que enfatizem a necessidade de **articulação e complementaridade** entre as comunidades terapêuticas e os serviços da RAPS (como CAPS AD) e do Sistema Único de Assistência Social. Isso significa que as comunidades devem trabalhar em rede, encaminhando e recebendo usuários de outros serviços. **Nesse sentido, o art. 23-A da Lei nº 11.343, de 2006 enfatiza a necessidade de integração e referência com os demais serviços de saúde e assistência social, incluindo aqueles que compõem a RAPS e o SUAS.**

Durante as inspeções realizadas foi possível identificar que as Comunidades Terapêuticas possuem pouco (ou nenhum) contato com os serviços públicos locais, assim como muitas secretarias municipais não conhecem o trabalho realizado nas Comunidades Terapêuticas do seu território, o que traz grave prejuízo aos usuários, que estão em situação de vulnerabilidade.

Como se sabe, o uso abusivo de álcool e drogas pode comprometer a saúde física e mental do indivíduo. Além disso, muitas pessoas acolhidas nas Comunidades Terapêuticas enfrentam diversos tipos de vulnerabilidades, como

pobreza extrema, com dificuldade de acesso a moradia, alimentação e outros direitos básicos, rompimento de vínculos familiares, isolamento social, desemprego e falta de qualificação profissional, que geram dificuldade de reinserção no mercado de trabalho.

Nesse contexto, a Política Nacional sobre Drogas determina que as “pessoas afetadas pelos problemas decorrentes de seu uso sejam tratadas de forma integrada e em rede”, com “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 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”.⁴⁶

Por outro lado, o SUAS oferece uma ampla gama de serviços e programas que podem complementar o trabalho das comunidades terapêuticas, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), que oferecem acompanhamento social, orientação e encaminhamento para outros serviços, os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), que oferecem atendimento especializado para pessoas com direitos violados, bem como programas de transferência de renda e serviços de qualificação profissional, que poderiam contribuir para a reinserção social dos acolhidos em situação de vulnerabilidade.

Os elementos colhidos nas inspeções evidenciaram a inexistência de integração e articulação entre as comunidades terapêuticas e a RAPS, as redes locais de saúde e de assistência social, o que está em desacordo com as diretrizes da Lei 11.343, de 2006 (Art. 19, VIII)⁴⁷, da Resolução ANVISA RDC nº 29, de 2011 (Art. 8º e Art. 22)⁴⁸, Resolução CONAD nº 1, de 2015 (Art. 6º, VI e VII)⁴⁹. Essa falta de articulação pode resultar em violação ao direito dos acolhidos ao mais alto

⁴⁶ Decreto nº 9.761/2019 - itens 3.3 e 3.5. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm. Acesso em 25 de abr. de 2025.

⁴⁷ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm. Acesso em 5 de abr. de 2025.

⁴⁸ Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html. Acesso em 5 de abr. de 2025.

⁴⁹ Disponível em:

<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protacao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2016/res-n-1-19-8-2015.pdf>. Acesso em 5 de abr. de 2025.

padrão de saúde física e mental, previsto no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Artigo 12)⁵⁰, no Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (“Protocolo de São Salvador”) - Artigo 10 Direito à Saúde⁵¹, como detalhado pela Relatoria do Conselho das Nações Unidas⁵².

Propõe-se que seja regulamentada a necessária articulação das comunidades terapêuticas com o SUS e o SUAS locais, de modo a garantir o tratamento, a recuperação e a reinserção social adequados às pessoas com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas, e, dessa forma, dar efetividade à Política Nacional de Drogas.

Propõe-se que o Ministério da Saúde regule o art. 16 da Lei nº 11.343/2006.

7.4 Permanência Voluntária

De acordo com os relatos colhidos, constatou-se que muitos usuários ainda que tenham chegado ao local por vontade própria, permanecem nas comunidades terapêuticas de forma involuntária. É comum a existência de apenas um termo assinado na entrada, sem que haja um esclarecimento sobre a voluntariedade da permanência. São comuns relatos de “fuga”, “resgate” e vigilância, o que evidencia a impressão de que, muitas vezes, a permanência ocorre de maneira forçada.

O acolhimento e a permanência em comunidades terapêuticas, por expressa previsão legal, devem ser voluntárias. A Lei nº 11.343, de 2006 estabelece que “o acolhimento do usuário ou dependente de drogas na comunidade terapêutica acolhedora caracteriza-se por adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas” (art. 26-A, II).

⁵⁰ Decreto nº 591/1992. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em 5 de abr. de 2025.

⁵¹ Decreto nº 3321/1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3321.htm. Acesso em 5 de abr. de 2025.

⁵² Para que sea conforme con el derecho a la salud, la atención debe abarcar un **amplio conjunto de servicios integrados y coordinados para la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la atención y la recuperación**, y la retórica de una “ampliación vertical” debe sustituirse por medidas de salud mental a “escala horizontal”. **Esto incluye los servicios de salud mental integrados en la atención primaria y general de la salud**, que contribuyen a la detección e intervención tempranas, y cuentan con servicios concebidos para atender a una comunidad diversa.

Nesse contexto, os usuários somente podem permanecer no serviço enquanto assim for a sua vontade. Ressalte-se que a vontade expressa por familiar não substitui a vontade do acolhido na voluntariedade da permanência.

É importante lembrar que a substituição da vontade da pessoa em uso problemático de álcool e outras drogas por meio da curatela é uma medida excepcional e limitada, que não pode anular a vontade do indivíduo, sob pena de negar sua dignidade e seus direitos fundamentais.

Além da Lei nº 11.343, de 2006, a RDC Anvisa nº 29, de 2011 é também expressa no sentido de que a adesão e a permanência em comunidade terapêutica devem ser voluntárias e formalizadas por escrito. Essa permanência é entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas.

Ressalta-se ainda que a internação involuntária, possível apenas em serviços de saúde, segue rigoroso regramento trazido nas Leis nº 10.206, de 2001 e nº 11.343, de 2006. Por exemplo, a internação involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento, e deve ser comunicada, no prazo de setenta e duas horas, ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento de saúde⁵³.

O caráter involuntário do acolhimento, sem o devido consentimento informado quanto à admissão e permanência, descrito pelos acolhidos em várias das comunidades inspecionadas, viola o disposto na Lei nº 11.343, de 2006, na Resolução CONAD nº 1, de 2015 (art. 6º, IV) e na Resolução RDC ANVISA nº 29, de 2011 (art. 19, II, III e V).

Pode constituir também afronta ao direito à liberdade pessoal assegurado pela Convenção Americana de Direitos Humanos (Artigo 7, itens 1 e 2) e o Pacto de Direitos Civis e Políticos (Artigo 9, itens 1 a 5), como interpretado no Caso Fijalkowska c. Polônia, julgado em 2005 pelo Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas. Ademais, está em desacordo com as Diretrizes Internacionais sobre

⁵³ Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/perguntas-e-respostas-comunidades-terapeuticas-2021.pdf>. Acesso em 5 de maio de 2025.

Direitos Humanos e Políticas de Drogas⁵⁴ e a posição da Relatoria do Conselho das Nações Unidas sobre o direito ao mais alto padrão de saúde física e mental⁵⁵.

Propõe-se que haja informação clara aos usuários da voluntariedade da permanência, e expressa previsão contratual, com base no Código de Defesa do Consumidor (art. 6º, III), na Resolução CONAD nº 1, de 2015 (art. 6º, IV) e na Resolução RDC ANVISA nº 29, de 2011 (art. 19, II), e, ainda, nos casos de serviço público, a regulamentação sobre a obrigatoriedade de informação aos usuários e seus familiares acerca da voluntariedade no acolhimento e na permanência, assim como são publicizadas e informadas as demais regras de funcionamento do local.

7.5 Capacitação dos Profissionais do SUS e SUAS sobre as Políticas para Pessoas com Problemas Decorrentes do Uso de Álcool e Drogas

A RAPS no Brasil possui uma distribuição desigual de seus serviços, com maior concentração em grandes cidades e muitas disparidades entre as regiões do país. Além disso, a RAPS é claramente insuficiente para a demanda. Isso se traduz em dificuldade de acesso em muitos locais, assim como priorização de casos mais graves em detrimento de grupos mais vulneráveis, como é o caso dos usuários de álcool e outras drogas.

Assim, a atenção básica, como porta de entrada preferencial do SUS, assume um papel relevante no cuidado do paciente com problemas decorrentes do uso do álcool e outras drogas, uma vez que possui maior capilaridade e seus profissionais possuem contato mais frequente com a população.

A Política Nacional de Drogas busca garantir que as pessoas afetadas pelos problemas decorrentes do uso de drogas sejam tratadas de forma integrada e em rede, o que pressupõe que os profissionais da atenção básica estejam aptos a identificar, orientar e encaminhar esses casos.

⁵⁴ 1.2 Tratamento de dependência de drogas

O direito à saúde, aplicado à política de drogas, inclui o acesso voluntário ao tratamento da dependência de drogas com base em evidências.

⁵⁵ G. El consentimiento informado y la coacción

63. ***El consentimiento informado es un elemento fundamental del derecho a la salud, tanto por tratarse de una libertad como por constituir una salvaguardia integral de su disfrute*** (véase A/64/272). *El derecho a dar el consentimiento para el tratamiento y la hospitalización incluye el derecho a rechazar un tratamiento* (véase E/CN.4/2006/120, párr. 82). *Debido a la proliferación de legislación paternalista en materia de salud mental y la falta de alternativas, la coacción en el ámbito médico se ha generalizado.*

O **Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (PLANAD)**⁵⁶, que busca concretizar a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), é mais específico ao abordar a capacitação de profissionais, incluindo aqueles que atuam na atenção básica.

Em suma, tanto a PNAD quanto o PLANAD reconhecem a importância da capacitação dos profissionais que atuam na política sobre drogas. Embora o foco principal de algumas ações possa não ser exclusivamente a atenção básica, os profissionais desse nível de atenção são considerados parte da rede e são incluídos em iniciativas de capacitação mais amplas, visando aprimorar a prevenção, o cuidado inicial e o encaminhamento de usuários de drogas no Sistema Único de Saúde.

A insuficiência das equipes e a inexistência de formação continuada e multidisciplinar violam a Lei nº 11.343, de 2006 (Art. 22, IV e VII), a Resolução RDC ANVISA nº 29, de 2011 (Art. 5º e Art. 10). Está também em desacordo com as Diretrizes Internacionais sobre Direitos Humanos e Política de Drogas⁵⁷.

Propõe-se a alocação de recursos orçamentários destinados a preencher a lacuna na capacitação dos profissionais do SUS e SUAS em relação à política de drogas, que na prática se mostra insuficiente.

7.6 Formas de Ingresso nas Comunidades Terapêuticas

Foi possível identificar que, em várias ocasiões, a entrada nas comunidades terapêuticas ocorre segundo uma série de práticas de captação de famílias clientes, muitas vezes por sites que oferecem o serviço conhecido como “resgate”.

O serviço de “resgate” consiste em levar o usuário para a comunidade terapêutica contra a sua vontade, o que pode configurar delito de sequestro e manutenção em cárcere privado.

Considerando os contornos desse serviço, o “resgate” tem a finalidade de *internar* pessoas contra sua vontade ou sem seu consentimento devidamente informado.

⁵⁶ Disponível em:

https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/pla-nad_set_2022.pdf. Acesso em 4 de setembro de 2025.

⁵⁷ vi. Implementar na educação e treinamento contínuos da força de trabalho de saúde o treinamento para prestadores de serviços de saúde sobre tratamento de dependência de drogas, cuidados paliativos e controle da dor e outras condições médicas que exijam o uso de medicamentos controlados para fins médicos, além de integrar treinamento sobre estigma, discriminação e respeito aos direitos dos pacientes (incluindo os direitos iguais dos pacientes que usam drogas).

A internação por meio da modalidade “resgate” não é compatível com a diretriz de adesão voluntária estabelecida na Lei nº 11.343, de 2006 (art. 26-A, II), bem como com os princípios do direito internacional aplicáveis, especificamente o consentimento informado e o direito à recusa ao tratamento, estabelecidos na Relatoria Especial do Conselho de Direitos Humanos da Assembleia-Geral da Organização das Nações Unidas de 2017⁵⁸. Em determinadas circunstâncias, se a pessoa for transportada e mantida na instituição contra a sua vontade, essas condutas podem até mesmo configurar delitos de sequestro e cárcere privado.

Muitas vezes, os usuários não são do município ou da região onde se localizam as comunidades terapêuticas, e, em muitos casos, sequer do mesmo estado da federação. Esta prática inviabiliza a participação da família e a articulação com os serviços locais para a reinserção social e preparação para a retomada da vida familiar e em comunidade, reforçando o isolamento, prática ultrapassada para o tratamento de qualquer transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de álcool e outras drogas, além de violadora do direito à autonomia e ao convívio familiar e social.

Além disso, constataram-se restrições significativas ao contato familiar e social, sendo o isolamento um eixo central do tratamento oferecido, o que afronta as diretrizes sobre os direitos da pessoa com transtorno mental, o direito dos acolhidos ao convívio familiar e comunitário e a própria voluntariedade do acolhimento.

Em conformidade com a Lei nº 10.216, de 2001, que instituiu a reforma psiquiátrica no Brasil, o atendimento a pessoas com transtorno mental - incluindo aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas - deve priorizar a inserção na família, no trabalho e na comunidade. As garantias de tratamento com humanidade e respeito incluem a busca pela recuperação por meio da inserção na família, no trabalho e na comunidade.

A restrição de contato com familiares vai de encontro a esses princípios. Prejudica ou até mesmo inviabiliza a participação da família na construção dos planos de acolhimento e projetos terapêuticos singulares, os quais devem considerar a reinserção social do sujeito e incentivar o vínculo familiar. As instituições deveriam prever atividades de integração e apoio à família e formas de participação familiar,

⁵⁸ 63. El consentimiento informado es un elemento fundamental del derecho a la salud, tanto por tratarse de una libertad como por constituir una salvaguardia integral de su disfrute (véase A/64/272). El derecho a dar el consentimiento para el tratamiento y la hospitalización incluye el derecho a rechazar un tratamiento (véase E/CN.4/2006/120, párr. 82). Debido a la proliferación de legislación paternalista en materia de salud mental y la falta de alternativas, la coacción en el ámbito médico se ha generalizado.

bem assim promover articulações com o SUAS para desenvolvimento de estratégias para a manutenção dos vínculos familiares durante o período de tratamento.

Ainda, a restrição de contato com as famílias e o mundo exterior, somada à dificuldade de saída, afastam o caráter de voluntariedade que deveria marcar o acolhimento em comunidades terapêuticas, assim como o direito fundamental de ir e vir.

A localização geograficamente isolada do estabelecimento, somada à privação do contato com a família e a comunidade revelam uma situação que se assemelha à internação, em desacordo com os princípios e diretrizes da Lei 11.343, de 2006 (Art. 23-B, §3º e §5º, IV, V), da Resolução CONAD nº 1, de 2015 (Art. 6º, V), e do Direito ao Mais Alto Padrão de Saúde Física e Mental⁵⁹, conforme detalhado na relatoria Relatoria Especial do Conselho de Direitos Humanos da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas de 2017⁶⁰.

Além disso, é usual que a avaliação médica que precede a entrada na comunidade terapêutica seja realizada por médico ligado à comunidade terapêutica, como parte do serviço contratado, sem que haja a avaliação por um serviço de saúde independente que antes indique a viabilidade e segurança para inserção neste tipo de serviço.

Mais uma vez, o afastamento do usuário desde a inserção impossibilita o trabalho da assistência social e saúde mental do seu município de origem para planejamento da sua reinserção social e do projeto terapêutico singular para o seguimento do tratamento.

Propõe-se a investigação e responsabilização civil e penal dos casos de internação forçada (resgate) e uso indevido das imagens destas pessoas para divulgação das comunidades terapêuticas, sites ou serviços de resgate. Estes casos, que, em tese, podem constituir ilícitos civis e criminais, deverão ser comunicados pelas entidades fiscalizadoras ao Ministério Público.

⁵⁹ Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/1298436?y=pdf#files>. Acesso em 5 de abr. de 2025.

⁶⁰ 57. Los servicios de salud mental deben ser **geográficamente accesibles** y económicamente asequibles, sobre la base de la no discriminación. En muchos países de ingresos bajos y medianos, estos servicios se concentran en las grandes ciudades y resultan inaccesibles para la *mayor parte de la población*. **El problema es especialmente grave en los países donde existe una dependencia excesiva de las instituciones psiquiátricas residenciales segregadas y en régimen de internamiento, como en Europa Central y Oriental, y no se han establecido modelos de atención en la comunidad basados en los derechos.** 38. La integración de la salud mental en los hospitales generales, la atención primaria de la salud y los servicios de atención social, y la utilización de tecnologías móviles conformes con los derechos pueden contribuir a la accesibilidad y mejorar el disfrute del derecho a vivir y participar en la comunidad. Se debe poner a disposición del público información precisa sobre la salud mental, así como información de base empírica sobre los tratamientos, incluidos los efectos secundarios, lo que requiere la divulgación sistemática, completa y oportuna de toda la información farmacológica resultante de los ensayos clínicos. Es fundamental comprender el contexto en que se producen las experiencias de sufrimiento y angustia para garantizar la accesibilidad en el ámbito de los sistemas de atención y asistencia en materia de salud mental.

Propõe-se, ainda, a regulamentação que garanta a avaliação do usuário pelos equipamentos públicos de seu município de origem e a articulação, durante todo o período de permanência, entre a comunidade terapêutica e os municípios de origem do acolhido e da sede da comunidade.

7.7 Regulamentação das Equipes de Trabalho

Outra prática comum é o trabalho realizado apenas por prestadores de serviços ou por voluntários, e em alguns locais realizado pelos próprios usuários. Estas pessoas se encontram em uma situação mais vulnerável que os trabalhadores resgatados em trabalho escravo.

Em alguns estados a Vigilância estadual possui regulamentação sobre o funcionamento de comunidades terapêuticas, como no estado de Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

A constituição de equipes de trabalho formalmente vinculadas à Comunidade Terapêutica e efetivamente compromissadas a implementar a finalidade para a qual se destinam tais empreendimentos, é requisito indispensável para a existência de um ambiente residencial, técnico e eticamente orientado que impeça a ocorrência de abusos e violações a direitos humanos.

Alguns Estados, na tentativa de impor limites ao funcionamento dos estabelecimentos e, sobretudo, garantir a existência de um ambiente técnico e eticamente orientado, regulamentam o funcionamento das Comunidades Terapêuticas prevendo a constituição de equipes mínimas, bem como estabelecendo o número de pessoas que podem ser simultaneamente atendidas.

No Rio Grande do Sul, por exemplo, a Portaria Conjunta SES e SJCDH n. 01, de 2024, prevê:

Art. 4º A equipe técnica mínima para atendimento de até 30 acolhidos, deverá ser composta por:

I - 02 (dois) profissionais de nível superior com formações distintas;

II - 01 (um) profissional para as questões operacionais, podendo ser o próprio responsável técnico;

III - 03 (três) monitores para até 30 acolhidos, 02 (dois) monitores para 20 acolhidos e 01 (um) monitor para até 15 acolhidos;

IV - 01 (um) oficineiro, podendo ser o próprio monitor.

No mesmo sentido, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina possui um Manual de Orientações sobre normas sanitárias para comunidades terapêuticas que prevê equipe mínima para atendimento de 30 residentes, a qual deve ser composta por:

- “ - Um Profissional da área de saúde ou serviço social, com formação superior, responsável pelo Programa Terapêutico, capacitado para o atendimento de pessoa com transtornos decorrentes de uso ou abuso de SPA em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos CONEN's ou COMEN's;
- Um Coordenador Administrativo;
- Três Agentes Comunitários capacitados em dependência química em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos CONEN's ou COMEN's;
- O serviço deve garantir a presença de, pelo menos, um membro da equipe técnica no estabelecimento no período noturno.
- Recomenda-se a inclusão de Curso de Primeiros Socorros no curso de capacitação”.

Propõe-se a elaboração de regramento, de âmbito nacional, que imponha a necessidade de manutenção de equipe técnica mínima, sugerindo-se a adoção dos seguintes parâmetros:

1 – A equipe mínima deve ser definida em razão da quantidade de acolhidos e composta por trabalhadores **formalmente contratados** pela Comunidade Terapêutica com formação condizente com as atividades oferecidas no Programa de Acolhimento, incluindo, no mínimo, profissionais de nível superior com formações distintas, profissionais para as questões operacionais, monitores, oficineiros e educadores físicos para a prática de esportes.

2 – Além de número mínimo de profissionais proporcional ao número de pessoas acolhidas, é imprescindível a previsão de carga horária mínima a ser

cumprida, a fim de evitar-se contratações insuficientes e destinadas apenas ao cumprimento formal da previsão legal.

3 – Os trabalhadores integrantes da equipe mínima deverão ser submetidos à capacitação específica para atendimento de pessoa com transtornos decorrentes de uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA) e para atuação em comunidades terapêuticas, com vistas à compreensão da finalidade e dos limites inerentes a tal modalidade de tratamento, bem como acerca do regramento jurídico existente com definição de direitos, obrigações e deveres impostos, devendo-se priorizar cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos Conselhos Federais de Enfermagem (COFENs) e Conselhos Estaduais de Entorpecentes (CONENs).

4 - As Comunidades Terapêuticas que trabalharem nas duas modalidades, masculina e feminina, deverão ter monitores de ambos os sexos e ambiente físico exclusivo que garanta privacidade e segurança dos trabalhadores e acolhidos.

5 - A equipe noturna deverá ser composta por profissional que responda pelas questões operacionais e monitores, sendo obrigatória a presença de monitora feminina quando a Comunidade Terapêutica contemplar as duas modalidades.

6 - Em caso de previsão no Programa Terapêutico da Comunidade Terapêutica, da realização de atividade de monitoria como etapa final do tratamento e/ou admissão, na prática, da prestação de tais atividades por ex-acolhidos, tais trabalhadores não poderão ser contabilizados, para fins de constituição da equipe mínima, qualquer que seja a modalidade de vinculação com a entidade, inclusive, prestação de trabalho voluntário.

7 – Como requisito para início das atividades, bem como para a manutenção da prestação do serviço, a comunidade terapêutica deverá comprovar a constituição da equipe mínima de atendimento a ser regulamentada, conforme parâmetros previstos nos itens anteriores, mediante a apresentação da relação de trabalhadores contratados acompanhada da respectiva CTPS.

7.8 Reinserção Social Produtiva e “Laborterapia”

De modo geral, as Comunidades Terapêuticas caracterizam como “laborterapia” a realização de atividades de limpeza, cozinha e organização geral do espaço pelos próprios acolhidos, sendo, muitas vezes, utilizado o trabalho como ferramenta de disciplina dos acolhidos, objetivando simplesmente submeter os corpos à ordem.

Além das atividades de organização geral, é recorrente a imposição da prática de atividades de construção civil (construção e/ou reformas de espaços da própria entidade) sem qualquer capacitação, treinamento, supervisão e proteção; vigilância dos próprios acolhidos; entre outras destinadas à manutenção da Entidade.

Tais atividades caracterizam-se, em verdade, como prática destinada a substituir a contratação de profissionais pelo uso de mão de obra dos acolhidos – sem remuneração, sem qualquer garantia trabalhista, sem fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados, sem acompanhamento por profissionais responsáveis e sem qualquer capacitação dos envolvidos no trabalho, em uma lógica de diminuição de custos e/ou maximização do lucro.

Propõe-se a elaboração de regramento que discipline a utilização da “laborterapia” como atividade terapêutica, estabelecendo os parâmetros de tais atividades, de forma a inserir tais práticas em oficinas organizadas, supervisionadas por profissionais habilitados, destinadas a proporcionar desenvolvimento de potencialidades, formação e qualificação profissional, geração de renda e acesso ao trabalho aos acolhidos após o fim da internação, de modo a constituírem-se em efetivos instrumentos para reinserção social produtiva, com objetivos de promoção de autonomia, construção de cidadania e independência, com respeito às singularidades, interesse e habilidades dos acolhidos, devidamente avaliadas no plano individual de atendimento.

Propõe-se, ainda, a previsão expressa acerca da proibição de utilização do trabalho como ferramenta de disciplina dos acolhidos.

ANEXO I

Fotos

Nome da Instituição: Credeq - Centro de Recuperação de Dependência Química

Cidade: Sabará

Estado: MG









Nome da Instituição: Obra Social Nossa Senhora da Glória Fazenda da Esperança
Irmã Cleusa Rody
Cidade: Juiz de Fora
Estado: AM



Imagem 01: Jardim e capela



Imagem 03: Refeitório no horário de almoço



Imagem 05: Horta



Imagem 06: Quarto



Imagem 07: Oficina de artesanatos



Imagem 08: Oficina de artesanatos 2

Nome da Instituição: Maanaim Mordecai

Cidade: Areia Branca

Estado: SE



Quarto 1⁶¹



Quarto 2⁶²

⁶¹ Quarto verde - mau cheiro intenso de urina. Existência de sanitário sem porta. Beliche sem proteção na parte superior. Inexistência de travesseiros e lençóis higienizados.

⁶² Quarto azul - mau cheiro de mofo. Existência de beliche sem proteção na parte superior e de colchões, travesseiros e lençóis em más condições. Armários e travesseiros em condições insuficientes.



Quarto 3⁶³



Quarto 4



Quarto 5



Quarto 6

⁶³ Quartos 3, 4, 5 e 6 - Mau cheiro de mofo. Existência de beliche sem proteção na parte superior e de colchões, travesseiros e lençóis em más condições. Armários e travesseiros em condições suficientes.



Cozinha⁶⁴



Banheiros dos quartos⁶⁵

⁶⁴ Existência de pia com esgoto para a parte dos fundos com vazamento. Pia sem instalação de esgoto: situação precária de higiene.

⁶⁵ Vaso sanitário sem tampa e inexistência de papel higiênico e de lixeira. Existência de pia sem torneira, sem sabão e sem papel toalha.

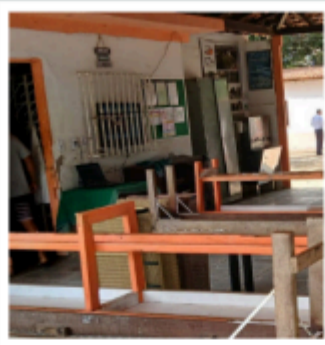
Nome da Instituição: Comunidade Terapêutica do Maranhão

Cidade: Zona Rural de São José de Ribamar

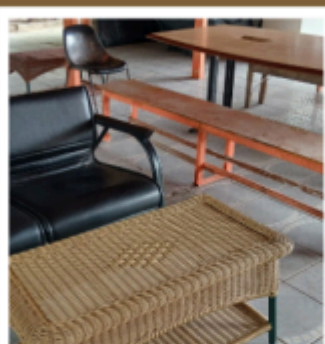
Estado: MA







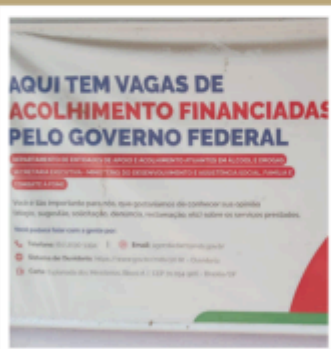
Terraço coberto



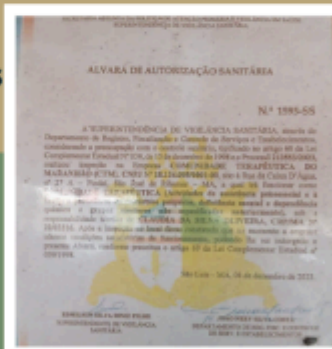
Área de encontros em grupo, lazer, descanso e reuniões



Bebedouro - Cartaz com Projeto arquitetônico da Comunidade



Informações disponíveis ao público



Área de encontros em grupo, lazer, descanso e reuniões





Escolinha de Futebol



**Parceria com o SESC / SENAC - Mesa Brasil
com fornecimento de alimentos e cursos
voltados à alimentação**

Pequeno auditório



**Fossa sendo construída pelos
acolhidos**

Nome da Instituição: Fazenda da Esperança

Cidade: Alhandra

Estado: PB

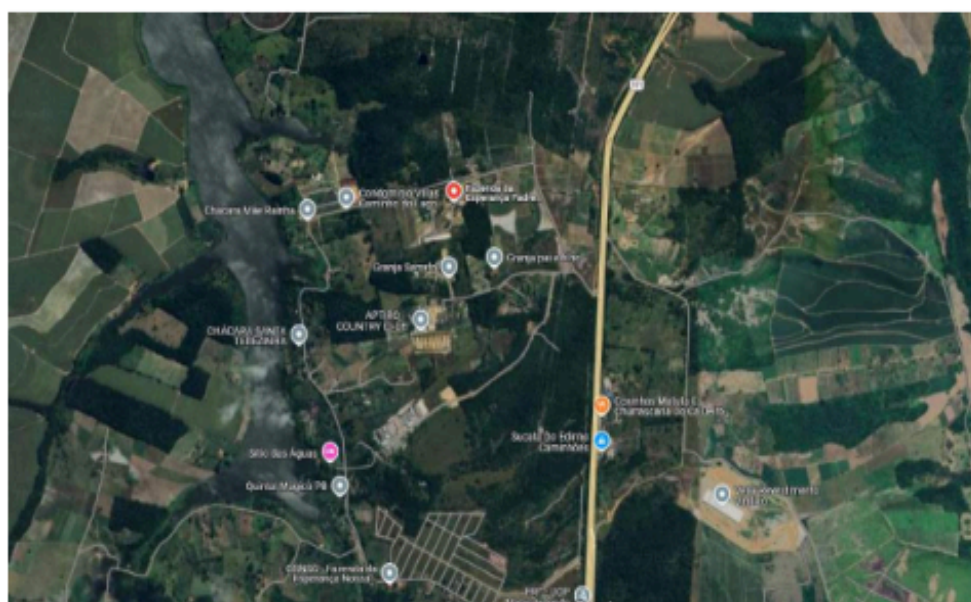


Fig. 1 – Vista aérea da localização da FAZENDA DA ESPERANÇA. Fonte: google maps, acessado em 09/12/2024.



Imagem 1 – Vista do portão de entrada da Fazenda da Esperança Padre Ibiapina, Alhandra/PB.



Imagem 10 – Inspeção na Cozinha da Fazenda da Esperança Padre Ibiapina. Foram encontrados produtos que deveriam estar conservados sob refrigeração fora de refrigeradores e em temperatura ambiente.



Imagem 11 – Inspeção na Cozinha da Fazenda da Esperança Padre Ibiapina. Foram encontrados produtos que deveriam estar conservados sob refrigeração fora de refrigeradores e em temperatura ambiente.



Imagem 6 – Inspeção de medicamentos na Fazenda da Esperança Padre Ibiapina.



Imagem 7 – Visita à Padaria da Fazenda da Esperança Padre Ibiapina, local onde foram encontrados diversos alimentos impróprios para consumo humano.

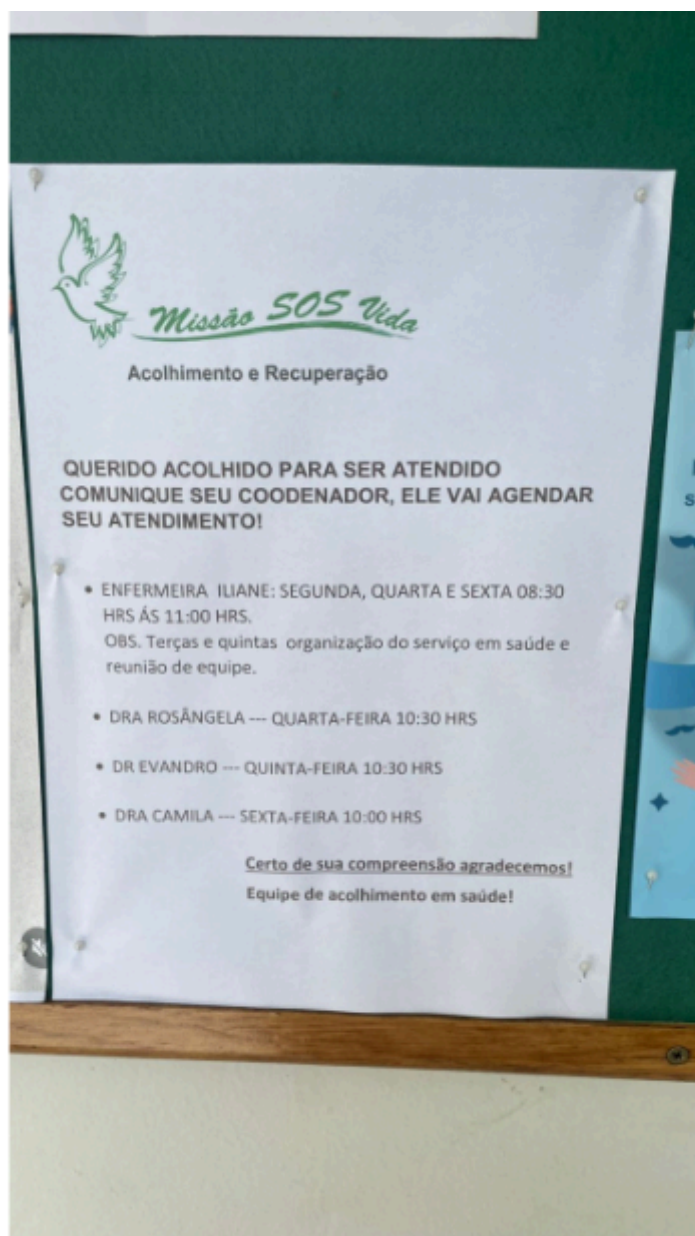


Imagem 9 – Alimentos impróprios para consumo humano encontrados na Padaria da Fazenda da Esperança Padre Ibiapina. Produtos que deveriam estar conservados sob refrigeração foram encontrados estocados no chão em temperatura ambiente.

Nome da Instituição: Molivi

Cidade: Cascavel

Estado: PR



Estado: SC









Nome da Instituição: Comunidade Terapêutica Vida Nova

Cidade: Araguaína

Estado: TO







**ALUNO, RECEBIMENTO DE
LIGAÇÕES DA FAMÍLIA SÓ AOS
SÁBADOS.
DAS 08h AS 17h.
SOMENTE 3 LIGAÇÕES.
CADA LIGAÇÃO SÓ 5 MINUTOS DE
DURAÇÃO.**

**Atenciosamente,
CT VIDA NOVA**

ANEXO II

Relação das Comunidades Terapêuticas Inspecionadas

UF	NOME	DATA VISITA	INSTITUIÇÃO
AC	Associação Cristã Alfa	09/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE) Conselho Regional de Psicologia da 24ª Região (CRP-24 RO-AC) Vigilância Sanitária de Rio Branco (VISA) Vigilância Sanitária Estadual (AC) Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) Defensoria Pública do Estado do Acre (DPE-AC) Defensoria Pública da União (DPU) Ministério Público do Estado do Acre (MP-AC) Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Acre (MEPCT-AC)
AL	Casa Dom Bosco	21/11	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Ministério Público do Estado de Alagoas (MP-AL) Defensoria Pública do Estado de Alagoas (DPE-AL) Conselho Regional de Psicologia (CRP) Instituto Médico Legal (IML)
AL	Comunidade Nova Jericó	21/11	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Ministério Público do Estado de Alagoas (MP-AL) Defensoria Pública do Estado de Alagoas (DPE-AL)

UF	NOME	DATA VISITA	INSTITUIÇÃO
AM	Fazenda Da Esperança Irmã Cleusa Rody	27/11	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Vigilância Sanitária (VISA) Corpo de Bombeiros
AP	Fazenda Esperança	25/11	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Ministério Público do Estado do Amapá (MP-AP) Conselho Regional de Psicologia (CRP) Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)
AP	Nova Aliança	26/11	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Ministério Público do Estado do Amapá (MP-AP) Conselho Regional de Psicologia (CRP) Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)
BA	Comunidade de Amparo Gerizim	03/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Ministério Público do Estado da Bahia (MP-BA) Vigilância Sanitária Município de Feira de Santana/BA (VISA)
CE	Centro de Recuperação Leão de Judá	26/11	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT)
DF	Obra Social Nossa Senhora Da Glória - Fazenda da Esperança Santa Bakita	02/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Defensoria Pública da União (DPU)

UF	NOME	DATA VISITA	INSTITUIÇÃO
DF	Projeto Criação de Deus	02/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Defensoria Público da União (DPU)
GO	Comunidade Casa Lar Adonai	21/11	Ministério Público do Estado de Goiás (MP-GO) Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CREMEGO) Conselho Regional de Psicologia da 9ª Região/Goiás (CRP-GO) Conselho Regional Enfermagem de Goiás (COREN-GO) Polícia Civil do Estado de Goiás (PCGO) Polícia Federal (PF) Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de Goiás (SEDS-GO) Secretaria de Desenvolvimento Humano e Social do Município de Goiânia (SEDHS) Superintendências de Vigilância Sanitária do Estado de Goiás e do Município de Goiânia (SUVISA)
GO	Desafio Jovem Restauração Shalom	21/11	Ministério Público Federal (MPF) Conselho Regional de Psicologia da 9ª Região/Goiás (CRP) Conselho Regional Enfermagem de Goiás (COREN-GO) Polícia Civil do Estado de Goiás (PC-GO) Polícia Federal (PF) Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de Goiás (SEDS-GO) Secretaria de Desenvolvimento Humano e Social do Município de Goiânia (SEDHS)

UF	NOME	DATA VISITA	INSTITUIÇÃO
			Superintendências de Vigilância Sanitária do Estado de Goiás e do Município de Goiânia (SUVISA)
MA	Comunidade Terapêutica do Maranhão	03/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Ministério Público do Estado do Maranhão (MP-MA) Conselho Regional de Psicologia (CRP)
MG	Comunidade Terapêutica Reconstruir	03/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT)
MG	Credeq - Centro de Recuperação de Dependência Química	03/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Ministério Público do Estado de Minas Gerais (MP-MG) Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)
MS	Fazendinha Espaço Terapêutico	03/12	Ministério Público Federal (MPF) Defensoria Pública do Estado do Mato Grosso do Sul (DPE-MS) Ministério Público do Estado do Mato Grosso do Sul (MP-MS) Ministério Público do Trabalho (MPT) Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) Conselho Regional de Farmácia (CRF) Vigilância Sanitária Estadual (VISA-MS)
MT	Comunidade Terapêutica El Brit - Deus Está na Casa	26/11	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Estado do Mato Grosso (MP-MT) Ministério Público do Trabalho (MPT) Conselho Regional de Psicologia (CRP)

UF	NOME	DATA VISITA	INSTITUIÇÃO
			<p>Comitê Estadual de Prevenção e Enfrentamento à Tortura no Estado do Mato Grosso (CEPET-MT)</p> <p>Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)</p> <p>Coordenação de Vigilância Sanitária Municipal (COVISA-SMS-MT)</p> <p>Superintendência Estadual de Vigilância Sanitária (SVS-SES-MT)</p>
MT	Comunidade Terapêutica Tenda de Abraão	25/11	<p>Ministério Público Federal (MPF)</p> <p>Ministério Público do Estado do Mato Grosso (MP-MT)</p> <p>Ministério Público do Trabalho (MPT)</p> <p>Conselho Regional de Psicologia (CRP)</p> <p>Comitê Estadual de Prevenção e Enfrentamento à Tortura no Estado de Mato Grosso (CEPET-MT)</p> <p>Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)</p> <p>Coordenação de Vigilância Sanitária Municipal (COVISA-SMS-MT)</p> <p>Superintendência Estadual de Vigilância Sanitária (SVS-SES-MT)</p>
PA	Fazenda da Esperança - Nossa Senhora de Nazaré	06/12	<p>Ministério Público Federal (MPF)</p> <p>Ministério Público do Trabalho (MPT)</p> <p>Ministério Público do Estado do Pará (MP-PA)</p>
PB	Centro Terapêutico Jesus no Lar	26/11	<p>Ministério Público Federal (MPF)</p> <p>Ministério Público do Trabalho (MPT)</p> <p>Ministério Público do Estado da Paraíba (MP-PB)</p> <p>Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)</p> <p>Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia</p>

UF	NOME	DATA VISITA	INSTITUIÇÃO
			Ocupacional (CREFITO) Conselho Regional de Farmácia (CRF) Conselho Regional de Enfermagem (COREN) Conselho Regional de Psicologia (CRP) Agência de Vigilância Sanitária (AGEVISA) Gerência de Vigilância Sanitária (GEVISA)
PB	Fazenda da Esperança	02/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) Agência de Vigilância Sanitária (AGEVISA)
PE	Saravida Masculina	03/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Ministério Público do Estado de Pernambuco (MP-PE) Gerência de Atenção à Saúde Mental (Gasam) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa) Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco (COREN-PE) Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE)
PE	Sober House Clinic	26/11	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Ministério Público do Estado de Pernambuco (MP-PE) Gerência de Atenção à Saúde Mental (Gasam) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE)

UF	NOME	DATA VISITA	INSTITUIÇÃO
			Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa) Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco (COREN-PE) Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE)
PI	Casa do Oleiro	04/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Ministério Público do Estado do Piauí (MP-PI)
PI e MA	Comunidade Terapêutica Betesda	03/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Ministério Público do Estado do Piauí (MP-PI)
PR	Missão SOS Vida	29/11	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Conselho Regional de Enfermagem (COREN-PR) Defensoria Pública do Estado do Paraná (DPE-PR) Conselho Regional de Psicologia (CRP-PR) Secretaria da Saúde do Paraná (SESA)
PR	Molivi	28/11	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Conselho Regional de Enfermagem (COREN-PR) Defensoria Pública do Estado do Paraná (DPE-PR) Conselho Regional de Psicologia (CRP-PR) Secretaria da Saúde do Paraná (SESA)
RJ	Casa de Apoio Feminino por	28/11	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT)

UF	NOME	DATA VISITA	INSTITUIÇÃO
	Amor		Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MP-RJ) Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPE-RJ)
RJ	Centro Terapêutico Recomeçar	29/11 e 9/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MP-RJ) Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) Polícia Rodoviária Federal (PRF)
RN	Comunidade Terapêutica Casa Âncora	18/11	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte (MP-RN) Polícia Federal (PF) Vigilância Sanitária (VISA) Conselho Regional de Farmácia (CRF)
RO	Chácara Geração Eleita	04/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT)
RR	Fazenda da Esperança Nossa Senhora de Guadalupe	28/11	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Conselho Regional de Psicologia (CRP) Vigilância Sanitária (VISA) Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS)
RR	Recanto De Davi	27/11	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Conselho Regional de Psicologia (CRP) Vigilância Sanitária (VISA)

UF	NOME	DATA VISITA	INSTITUIÇÃO
			Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS)
RS	Centro de Reabilitação Incluir	03/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Conselho Regional de Psicologia (CRP) Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul (DPE-RS) Divisão de Vigilância Sanitária do Estado (VISA) Secretaria da Saúde (SES-RS) Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Estado (SJCDH)
RS	Comunidade Terapêutica Fazenda Novos Rumos	04/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Conselho Regional de Psicologia (CRP) Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul (DPE-RS) Divisão de Vigilância Sanitária do Estado (VISA) Secretaria da Saúde (SES-RS) Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Estado (SJCDH)
SC	Spa Terapêutico Santa Mônica	05/11	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Vigilância Sanitária (VISA) Ministério Público do Estado de Santa Catarina (MP-SC) Conselho Regional de Psicologia (CRP) Corpo de Bombeiros
SE	Instituto Batalhão da Restauração - Comunidade	25/11	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Ministério Público do Estado de Sergipe (MP-SE)

UF	NOME	DATA VISITA	INSTITUIÇÃO
	Terapêutica da Restauração Feminina e Masculina		Mecanismo Estadual de Prevenção Combate à Tortura (MEPCT)
SE	Centro de Recuperação Evangélico Maanaim Mordecai	27/11	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura (MEPCT)
SP	Centro Terapêutico Valent's Recomeço	05/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPE-SP) Conselho Regional de Psicologia (CRP)
SP	Comunidade Terapêutica Resgatando Vidas	09/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPE-SP) Conselho Regional de Psicologia (CRP)
SP	Nova Jornada	02/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Ministério Público do Estado de São Paulo (MP-SP) Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPE-SP) Defensoria Pública da União (DPU) Conselho Regional de Psicologia (CRP) Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) Polícia Rodoviária Federal (PRF)

UF	NOME	DATA VISITA	INSTITUIÇÃO
TO	Comunidade Terapêutica Bom Pastor	03/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Defensoria Pública do Estado de Tocantins (DPE-TO) Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) Diretoria de Prevenção Contra as Drogas (SECIJU- TO) Ministério Público do Estado de Tocantins (MP-TO) Conselho Estadual Sobre Drogas (CONESD-TO)
TO	Comunidade Terapêutica Vida Nova	02/12	Ministério Público Federal (MPF) Ministério Público do Trabalho (MPT) Defensoria Pública do Estado de Tocantins (DPE-TO) Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) Diretoria de Prevenção Contra as Drogas (SECIJU- TO) Ministério Público do Estado de Tocantins (MP-TO) Conselho Estadual Sobre Drogas (CONESD-TO)

ANEXO III

Equipes de Inspeção

UF	EQUIPES
AC	Lucas Costa Almeida Dias (Membro do MPF) Marielle Rissanne Guerra Viana (Membro do MPT) André de Oliveira Casas (Servidor do MPT) Clara Mendes Gomes (Servidora do MPT)
AL	Bruno Jorge Rijo Lamenha Lins (Membro do MPF) Marcela Monteiro Dória (Membro do MPT) Cláudia de Mendonça Braga Soares (Membro do MPT)
AM	Thiago Fernandes F. Carvalho (Membro do MPF) Igor Jordão Alves (Membro do MPF) Gabriela Menezes Zacareli (Membro do MPT) Fernanda de Souza Marcellino (Servidora do MPF) Salette Lima (Servidora do MPT)
AP	Milton Tiago Araujo de Souza Junior (Membro do MPF) Hugo Anciães da Cunha (Membro do MPT) Leonardo da Silva Góes (Servidor do MPT) Edielson Rodrigues Carneiro (Servidor do MPT) Ana Cecília da Silva Neves (Estagiária do MPT) Lis Vitória Nascimento Barreto (Estagiária do MPT) Deric Murilo Nobre Miranda (Estagiário do MPT)
BA	Flávio Pereira da Costa Matias (Membro do MPF) Maria Manuella Britto Gedeon do Amaral (Membro do MPT)
CE	Alessander Wilckson Cabral Sales (Membro do MPF) Mariana Ferrer Rolim (Membro do MPT)
DF	Anselmo Lopes (Membro do MPF) Márcia Zollinger (Membro do MPF) Paulo Cezar Antunes de Carvalho (Membro do MPT) Tammy Luiza Braga Fonseca (Estagiária do MPT)
GO	Ailton Benedito De Souza (Membro do MPF)

	Alpiniano Lopes (Membro do MPT)
MA	Marcelo Santos Correa (Membro do MPF) Aerson Enes Rocha (Servidor do MPF) Maurel Mamede Selar (Membro do MPT)
MG	Francisco de Paula Vitor Santos Pereira (Membro do MPF) Ludmila Oliveira (Membro do MPF) Wellington Fonseca (Membro do MPF) Leonardo da Silva, Alexandre Martins e Guilherme Garcia (Servidores do MPF) Mateus de Oliveira Biondi (Membro do MPT) Roberto Gomes de Souza (Membro do MPT)
MS	Samara Dalloul (Membro do MPF) Ana Paula Leite (Servidora do MPF) Guilherme Brasil (Servidor do MPF) Rosimara Caldeira (Membro do MPT) Djalma Santana (Servidor do MPT) Vanessa Ricarte (Servidora do MPT) Valéria Barbosa França (Servidora do MPT)
MT	Denise Nunes Rocha Müller Sihessarenko (Membro do MPF) Célia Maciel do Nascimento (Servidora do MPF) Eduardo Nascimento (Membro do MPT)
PA	Sadi Flores Machado (Membro do MPF) Eliaquim P. de Lacerda Junior (Servidor do MPF) Yasmim Bitar (Servidora do MPF) Silvia Silva da Silva (Membro do MPT) Amanda Dias Laurinho (Servidora do MPT)
PB	Janaina Andrade de Sousa (Membro do MPF) Anderson Danillo Pereira Lima (Membro do MPF) Marcela de Almeida Maia Asfóra (Membro do MPT) Myllena Formiga C. de A. Medeiros (Membro do MPT) Raulino Maracajá Coutinho Filho (Membro do MPT) Tiago Muniz Cavalcanti (Membro do MPT)

	Leonard Japiassu (Servidor do MPT)
PE	<p>Carolina de Gusmão Furtado (Membro do MPF)</p> <p>Bruna Dias Coimbra (Servidora do MPF)</p> <p>Tatiana Bivar Simonetti (Membro do MPT)</p> <p>Ulisses Dias Carvalho (Membro do MPT)</p>
PI	<p>Patrício Noé da Fonseca (Membro do MPF)</p> <p>Jeane Carvalho de Araújo Colares (Membro do MPT)</p> <p>Adriassia Vieira Cavalcante (Servidora do MPT)</p> <p>Bruno Prado Pimentel (Servidor do MPT)</p>
PR	<p>Indira Bolsoni Pinheiro (Membro do MPF)</p> <p>Lincoln Roberto Nobrega Cordeiro (Membro do MPT)</p>
RJ	<p>Aline Caixeta (Membro do MPF)</p> <p>Jaime Mitropoulos (Membro do MPF)</p> <p>Marina Filgueira (Membro do MPF)</p> <p>Roberta Trajano (Membro do MPF)</p> <p>Kenia Alves (Servidora do MPF)</p> <p>Artur Guerra (Servidor do MPF)</p> <p>Tayse de Alencar Macário da Silva (Membro do MPT)</p> <p>Fernanda Rodrigues Costa Lemos (Servidora do MPT)</p> <p>Elizabeth Machado Pinto (Servidora do MPT)</p> <p>Selma Saraiva da Costa Moreira (Servidora do MPT)</p>
RN	<p>Emanuel de Melo Ferreira (Membro do MPF)</p> <p>Andrea da Rocha Carvalho Gondim (Membro do MPT)</p>
RO	<p>Raphael Beviláqua (Membro do MPF)</p> <p>Camilla Holanda Mendes da Rocha (Membro do MPT)</p> <p>Paulo Alberto Ferreira Neto (Servidor do MPT)</p>
RR	<p>Cyro Carné Ribeiro (Membro do MPF)</p> <p>Sóstenes Lima Carvalho (Membro do MPT)</p> <p>Victor Hugo Chagas de Sousa (Servidor do MPT)</p> <p>Elias Pereira da Silva Neto (Servidor do MPT)</p>
RS	<p>Fabiano de Moraes (Membro do MPF)</p> <p>Tarsila de Mello Cardoso (Servidora do MPF)</p>

	Priscila Dibi Schvarcz (Membro do MPT) Cassia dos Santos Lopes (Servidora do MPT)
SC	Fabio De Oliveira (Membro do MPF) Marcelo Goss Neves (Membro do MPT) Bruno Martins Mano Teixeira (Membro do MPT)
SE	Martha Figueiredo (Membro do MPF) Emerson Albuquerque (Membro do MPT) Catarina Cristo (Servidora do MPF) Roberto Ferreira Rodrigues (Servidor do MPT)
SP	Lisiane Cristina Braeher (Membro do MPF) José Rubens Plates (Membro do MPF) Lavinia Rudge Ramos Meirelles Concilio Baccarat (Servidora do MPF) Marcos Antônio de Souza (Servidor do MPF) Renan Bernardi Kalil (Membro do MPT) Alline Pedrosa Oishi Delena (Membro do MPT) Marcus Vinícius Gonçalves (Membro do MPT) Jonatha Massei (Servidor do MPT) Rafael Ramos (Servidor do MPT)
TO	Álvaro Lotufo Manzano (Membro do MPF) Diego Maia Menicucci (Servidor do MPF) Luciana Correia da Silva (Membro do MPT) Márcio de Aguiar Ribeiro (Membro do MPT) Diogo Nicolau Ribeiro Coimbra (Servidor do MPT)

ANEXO IV

Relação de Comunidades Terapêuticas contratadas pelo MDS no ano de 2024

No ano de 2024, foram repassados recursos financeiros a diversas Comunidades Terapêuticas, conforme detalhado na tabela disponível [aqui](#). Essa relação apresenta o nome de cada comunidade beneficiada, bem como o montante destinado a cada uma, permitindo uma análise transparente e detalhada da distribuição dos recursos ao longo do período. Recomendamos a consulta da tabela para informações específicas sobre os repasses efetuados.

ANEXO V

Recursos destinados por Emendas Parlamentares a Comunidades Terapêuticas

No ano de 2024, uma parcela significativa dos recursos destinados às Comunidades Terapêuticas foi proveniente de Emendas Parlamentares. A relação completa desses repasses, detalhando as comunidades beneficiadas e os valores alocados, está disponível para consulta [aqui](#). Essa transparência possibilita o acompanhamento preciso da destinação dos recursos públicos por meio das emendas, contribuindo para uma gestão mais eficiente e responsável.

