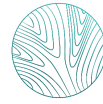


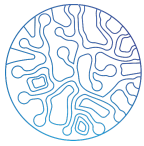
Programa
**Saúde Mental
em Rede**



**Vistoria em
Comunidades
Terapêuticas**

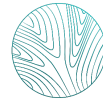
Relatório Detalhado das Vistorias Interinstitucionais das Comunidades Terapêuticas

2023 - 2024



Programa

**Saúde Mental
em Rede**



**Vistoria em
Comunidades
Terapêuticas**

Participantes

Centro de Apoio Operacional da Saúde Pública do Ministério Público de Santa Catarina

- Douglas Roberto Martins
- Graziela Monteiro Da Correggio
- Artur Brandes de Azevedo Ferreira
- Jaime Bernarda de Alencar
- Luciane de Medeiros dos Santos
- Hanna de Castro Serratine
- Ana Clara Schuh Ibrahim
- Maria Eduarda Sagás

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

- Diretoria de Vigilância Sanitária: Arion Bet Godoi
- Divisão de Estabelecimento de Interesse à Saúde: Alex Lucas Carlos
- Gerência de Inspeção e Monitoramento de Serviços: Cristine Durante de Souza Silveira
- Diretoria de Atenção Primária à Saúde: Lucileia Pereira

Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina

- Tenente-Coronel Christiano Cardoso

Conselho Estadual de Direitos Humanos de Santa Catarina

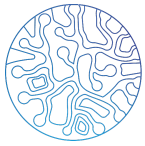
- Eri Aparecida Camargo

Conselho Estadual de Entorpecentes de Santa Catarina

- Fernando Henrique da Silveira
- Camila Bregue Daniel dos Santos

Conselho Regional de Psicologia – 12ª Região de Santa Catarina

- Yara Maria Moreira de Faria Hornke



Programa Saúde Mental em Rede

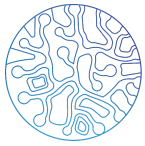
O programa "Saúde Mental em Rede" foi desenvolvido conjuntamente pelo Centro de Apoio Operacional da Saúde Pública e pelo Centro de Apoio Operacional da Infância, Juventude e Educação, sendo lançado em setembro de 2022. Seu objetivo é fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Santa Catarina, especialmente em um momento no qual os serviços de atenção à saúde mental se tornaram ainda mais requisitados devido às consequências enfrentadas durante a pandemia.

O programa busca reforçar a política pública de saúde mental, garantindo atendimentos oportunos e eficientes, protegendo assim os direitos das pessoas com doenças e transtornos mentais. Além disso, visa qualificar a atuação do Ministério Público de Santa Catarina (MPSC) em demandas relacionadas à saúde mental, sendo iniciativa integrante do Plano Geral de Atuação (PGA) 2024-2025.

Para alcançar esses objetivos, o programa é abrangente e contempla quatro ações distintas: a realização de diagnósticos da RAPS para subsidiar e apoiar as Promotorias de Justiça na identificação de prioridades e estratégias de atuação; a qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com instrumentos para acompanhamento e fiscalização; o acompanhamento das internações Psiquiátricas, com o desenvolvimento do Sistema de Acompanhamento das Internações Psiquiátricas (SAIP/SC); e a fiscalização interinstitucional em Comunidades Terapêuticas.

Vistoria em Comunidades Terapêuticas

A iniciativa de vistoria em Comunidades Terapêuticas, embora integrante do Programa Saúde Mental em Rede, foi desenvolvida exclusivamente pelo Centro de Apoio Operacional da Saúde Pública - CSP do Ministério Público de Santa Catarina - MPSC. Em 2017 foi firmado o Termo de Cooperação Técnica n.



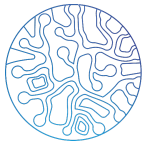
07/2017/MP, com o objetivo de estabelecer o intercâmbio e a cooperação entre as partes celebrantes para a fiscalização das Comunidades Terapêuticas e outras instituições, privadas ou públicas, destinadas ao atendimento de pessoas com transtorno psíquico, conforme as normas que regulam a atuação de tais entidades. Dessa forma, todas as entidades que atendam pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, nos diversos municípios do Estado de Santa Catarina, seriam vistoriadas, desenvolvendo um trabalho preventivo e/ou corretivo.

O TCT n. 07/2017/MP teve como signatários o Ministério Público do Estado de Santa Catarina, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, a Vigilância Sanitária do Estado de de Santa Catarina, a Secretaria do Estado da Segurança Pública de Santa Catarina, o Conselho Estadual de Entorpecentes de Santa Catarina, a Secretaria de Estado da Agricultura e da Pesca de Santa Catarina, a Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola do Estado de Santa Catarina e o Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Santa Catarina.

Com a concepção do Programa Saúde Mental em Rede, anteriormente comentado, a promoção de vistorias interinstitucionais em comunidades terapêuticas foi incorporada como outra frente de ação. Apesar de não constituírem um elemento integrante da RAPS, as Comunidades Terapêuticas acolhedoras atendem hoje uma grande quantidade de pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso de entorpecentes.

Inicialmente, a ação de fiscalização interinstitucional das comunidades terapêuticas foi desenvolvida por uma equipe centralizada em Florianópolis, que realizava vistorias nas comunidades de Santa Catarina, visando garantir que as instituições estivessem em conformidade com as normas reguladoras da atividade e assegurar os direitos e a dignidade dos usuários.

Diante da grande quantidade de Comunidades Terapêuticas em diversas partes do estado, o programa passou por um processo de descentralização em 2023. Nesse sentido, a ação foi reestruturada e, durante 2023 e 2024, foram



realizadas reuniões de capacitação nas dezessete regiões de saúde do Estado. Nessas reuniões, o Coordenador do Centro de Apoio Operacional da Saúde Pública do MPSC apresentou o Programa Saúde Mental em Rede, a ação de fiscalização interinstitucional das Comunidades Terapêuticas, destacando sua criação e as situações encontradas em fiscalizações anteriores, no intuito de demonstrar a importância da tarefa. Além disso, foram apresentados os procedimentos e instrumentos desenvolvidos pelo CSP, para que as equipes locais realizassem as fiscalizações nas Comunidades Terapêuticas da região.

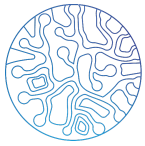
Ressalta-se que as vistorias nas Comunidades Terapêuticas de cada Comarca seriam posteriormente realizadas pelas instituições locais, caso haja interesse da Promotoria de Justiça responsável, conforme orientações repassadas nas reuniões.

Durante as reuniões, além da exposição do MPSC, o representante da Vigilância Sanitária Estadual abordou as normativas que regulamentam o funcionamento das Comunidades Terapêuticas, bem como seus procedimentos fiscalizatórios e o Sistema de Informação Estadual de Risco e Benefício Potencial (SIERBP) com a publicação do Roteiro Objetivo de Inspeção para as Comunidades Terapêuticas. O Corpo de Bombeiros Militar detalhou as normativas internas quanto à concessão de alvarás de funcionamento e seus procedimentos de fiscalização. Por fim, o CONEN relatou sobre o papel do Conselho.

Após cada capacitação foi realizada fiscalização em uma Comunidade Terapêutica local, buscando averiguar as condições de operação da entidade e demonstrar, na prática, a forma de atuação nas fiscalizações que haviam sido concebidas pelo Grupo.

As referidas atividades contaram com representantes das instituições participantes do Termo de Cooperação Técnica.

Em 2024, o Termo de Cooperação Técnica n. 07/2017/MP foi renovado, por meio do Processo n. 2017/017753, para o Termo de Cooperação Técnica n.



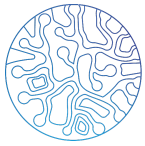
006/2024/MP, que possui o mesmo objetivo inicial de cooperação mútua visando ao estabelecimento de intercâmbio entre as partes celebrantes para fiscalizar as Comunidades Terapêuticas e demais instituições que atendam pessoas com demandas psiquiátricas.

Os signatários do TCT n. 006/2024/MP são: o Ministério Público de Santa Catarina, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, o Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Santa Catarina e as instituições aderentes. Sendo essas: o Conselho Regional de Psicologia - 12ª Região, por meio do Termo de Adesão n. 054/2024/MP; a Secretaria de Estado da Assistência Social, Mulher e Família por intermédio do Conselho Estadual de Direitos Humanos de Santa Catarina, por meio do Termo de Adesão n. 061/2024/MP; a Procuradoria Regional do Trabalho da 12ª Região - MPT/SC, por meio do Termo de Adesão n. 006/2025/MP; e, por meio do Termo de Adesão n. 007/2025/MP, a Secretaria de Estado de Segurança Pública por intermédio do Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN).

Antes de iniciar a análise dos dados das ações de vistorias, é fundamental compreender o que são as Comunidades Terapêuticas, quais serviços elas prestam de acordo com a legislação vigente, além de diferenciar as Comunidades Terapêuticas com Serviço de Saúde e aquelas de Interesse da Saúde.

Comunidades Terapêuticas com Serviço de Saúde e Comunidades Terapêuticas de Interesse da Saúde

Destaca-se, desde logo, que o programa aqui descrito é direcionado principalmente à fiscalização de Comunidades Terapêuticas de Interesse da Saúde,



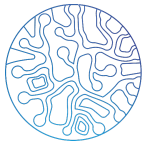
conhecidas como Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, que são a totalidade das em atuação no Estado de Santa Catarina atualmente.

As entidades chamadas Comunidades Terapêuticas Médicas oferecem cuidados de saúde, isto é, executam procedimentos exclusivos de categorias profissionais de saúde, tendo as terapêuticas psiquiátricas como seu principal instrumento. Devem, por isso, contar com responsabilidade técnica médica e obedecer às RDC n. 50/2002/ANVISA, n. 63/2011/ANVISA, n. 36/2013/ANVISA e n. 222/2018/ANVISA, à Resolução 2.507/2013/CFM, e demais normas referentes a estabelecimentos de saúde.

Segundo a Nota Técnica n. 3/2024/SEI/CSIPS/GGTES/DIRE3/ANVISA, para evitar confusão entre essas entidades, que são estabelecimentos de saúde, e as Comunidades Terapêuticas tradicionais “o Conselho Federal de Medicina passou a utilizar a nomenclatura ‘clínica médica especializada em dependência química’ em vez de ‘Comunidade Terapêutica Médica’”. **Não se tem registro dessa categoria de Comunidade Terapêutica em Santa Catarina.**

Desde o ano de 2011, por meio da Portaria MS/GM n. 3.088, tais Comunidades Terapêuticas estão integradas à RAPS como pontos de atenção dos Serviços de Atenção em Regime Residencial, em dispositivo atualmente assimilado pelo artigo 9º, inc. II, Anexo V, da Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017. Conforme a normativa, se destinam a oferecer cuidados de saúde contínuos de caráter residencial transitório por até nove meses para pacientes maiores de 18 anos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

As **Comunidades Terapêuticas de interesse à saúde**, também denominadas “acolhedoras” ou “simples”, não constituem estabelecimentos de saúde e, portanto, não integram a política pública de saúde. Na definição da Nota Técnica n. 3/2024/SEI/CSIPS/GGTES/DIRE3/ANVISA são “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

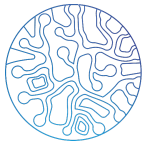


utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares”, em outras palavras, “instituições que não realizam terapêuticas que dependam de profissionais de saúde e, portanto, se classificam como um serviço de interesse para a saúde e não um serviço de saúde”.

Na sua definição e regulamentação, é fundamental a Resolução n. 1/2015/MJ/CONAD, que as caracterizam como entidades sem fins lucrativos de adesão e permanência voluntárias em regime de residência transitória. Nesses termos, as Comunidades Terapêuticas devem atender pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, conforme avaliação diagnóstica prévia realizada por profissional habilitado. Devem também oferecer programa de acolhimento, fundamentado em plano de atendimento singular e na convivência entre os pares. Em consonância com os princípios orientadores do acolhimento, as Comunidades Terapêuticas devem respeitar os direitos das pessoas acolhidas, os quais abarcam um tratamento humanizado, comprometido com o fortalecimento dos vínculos sociais e familiares, além de articulado com a rede de atenção psicossocial do território.

O marco normativo de tais entidades encontra-se na conjugação da Lei n. 11.343/2006, com as alterações promovidas pela Lei n. 13.840/2019, com a RDC n. 29/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Importa destacar, desde logo, que se veda a realização ou indicação médica de internação compulsória ou involuntária, bem como de contenção química ou mecânica nessas instituições.

Da redação dessas normativas, é fundamental concluir que, por um lado, as atividades desenvolvidas pelas Comunidades Terapêuticas não se trata de meros serviços particulares, mas de ações que devem se articular com a rede psicossocial de seu território. Por outro, apesar dos pontos de contato que existem entre a RAPS e as Comunidades Terapêuticas, tais instituições não correspondem ao eixo da política pública de saúde mental estruturada pela Lei n. 10.216/2001 e pela Portaria



de Consolidação MS/GM n. 3/2017, nem consistem em serviços típicos de saúde voltados à assistência psiquiátrica.

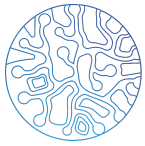
Sobre a eventual prestação de serviços de saúde pela Comunidade Terapêutica Acolhedora, esclarece a Nota Técnica n. 3/2024/SEI/CSIPS/GGTES/DIRE3/ANVISA:

A Comunidade Terapêutica que oferece cuidados de saúde, ou seja, que também promove terapêuticas ou execute procedimentos exclusivos de categorias profissionais de saúde, devem observar além da RDC Anvisa nº 29/2011, as normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde (tais como a RDC nº 42/2010, RDC nº 63/2011, RDC nº 36/2013, RDC 222/2018 e RDC nº 509/2021, ou as normas sanitárias que vierem a substituí-las). Ressalta-se que, se o estabelecimento é classificado como Comunidade Terapêutica é porque predomina como instrumento terapêutico a convivência entre os pares. Quanto às questões estruturais, a RDC nº 50/2002 (norma sanitária que dispõe sobre o Regulamento Técnico para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde), ou a norma que vier substituí-la, é aplicada somente aos ambientes que executem atividades de saúde (como consultórios e enfermarias).

Por outro lado, caso o estabelecimento seja classificado como estabelecimento assistencial de saúde (em outras palavras, se configure como uma clínica médica especializada em dependência química), pelo fato das terapêuticas psiquiátricas (ou terapêuticas exclusivas de profissionais de saúde mental) serem o principal instrumento, devem ser observadas todas as normas referentes a qualquer serviço de saúde, inclusive aplicando-se a RDC nº 50/2002 a todos os ambientes.

Em resumo, se houver a oferta eventual de atendimento de saúde aos acolhidos (tais como consulta médica esporádica, atendimento em psicologia, atendimento em fisioterapia, etc.), os ambientes nos quais tais atividades são realizadas devem observar a RDC n. 50/2002 e as práticas de atendimento os demais regulamentos antes mencionados. Se, porém, a entidade oferte predominantemente serviços de saúde (tais como a realização de internações voluntárias, involuntárias e compulsórias; desintoxicação; controle de abstinência e crises; cuidados de saúde em geral, etc.), todo o ambiente e as práticas deverão atender as normativas antes citadas.

Tendo em vista a inexistência de Comunidades Terapêuticas Médicas em Santa Catarina, utilizaremos neste documento apenas o termo 'Comunidade



Terapêutica' para nos referirmos às Comunidades Terapêuticas acolhedoras de Interesse da Saúde.

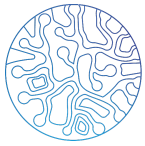
Em seguida, apresentaremos os dados das ações de Vistorias em Comunidades Terapêuticas de Santa Catarina pelo Programa Saúde Mental em Rede, referente aos anos de 2023 e 2024.

Capacitações

No segundo semestre de 2023, foram realizadas seis (6) reuniões de capacitação para fiscalização de Comunidades Terapêuticas, abrangendo as regiões de saúde do Extremo Sul Catarinense, Grande Florianópolis, Alto Vale do Itajaí, Laguna, Foz do Rio Itajaí, Nordeste e Vale do Itapocú. Em 2024, outras seis (6) capacitações foram realizadas, contemplando as regiões de saúde do Médio Vale do Itajaí, Carbonífera, Meio Oeste, Alto Uruguai Catarinense, Alto Vale do Rio do Peixe, Serra Catarinense, Oeste, Extremo Oeste, Xanxerê e Planalto Norte.

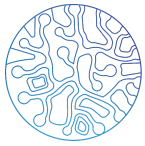
Dessa forma, todas as dezessete (17) regiões de saúde do Estado de Santa Catarina foram capacitadas, com algumas regiões agrupadas em uma única reunião devido ao baixo número ou inexistência de Comunidades Terapêuticas.

Durante as doze (12) reuniões, foram capacitadas quinhentas e vinte e cinco (525) pessoas, representantes das instituições participantes do Termo de Cooperação Técnica. A tabela abaixo detalha as informações apresentadas, especificando a distribuição das reuniões nos municípios, agrupando as regiões de saúde, as datas em que ocorreram e a quantidade de participantes por reunião:



Região de Saúde	Município	Data	Participantes
Extremo Sul Catarinense	Araranguá	12/07/2023	24
Grande Florianópolis	Palhoça	11/08/2023	37
Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	05/09/2023	22
Laguna	Tubarão	19/10/2023	48
Foz do Rio Itajaí	Itajaí	24/10/2023	41
Nordeste e Vale do Itapocú	Joinville	30/11/2023	50
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	05/03/2024	44
Carbonífera	Içara	02/04/2024	35
Meio Oeste, Alto Uruguai Catarinense e Alto Vale do Rio do Peixe	Campos Novos	02/07/2024	75
Serra Catarinense	Lages	03/07/2024	53
Oeste, Extremo Oeste e Xanxerê	Chapecó	18/09/2024	71
Planalto Norte	Mafra	07/11/2024	25
Total:			525

Além dos órgãos e entidades participantes do Termo de Cooperação Técnica, as seguintes instituições também foram convidadas a enviar representantes para participar das reuniões em suas respectivas regiões: a Vigilância Sanitária Regional, para acompanhamento e conhecimento do programa, e a Vigilância Sanitária Municipal, devido a sua competência fiscalizatória; a Gerência Regional de Saúde; a Secretaria Municipal de Assistência Social, considerando o conhecimento da rede local e a possível necessidade de encaminhamento de acolhidos, além do futuro acompanhamento desses indivíduos; a Delegacia Regional de Polícia Civil e o Comando Regional de Polícia Militar, devido à possível identificação de práticas que caracterizam crime, o que pode exigir o acionamento das forças de segurança para providências.



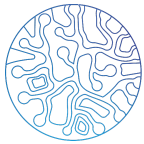
Fiscalizações Realizadas

Após cada capacitação, foi realizada uma fiscalização em uma Comunidades Terapêuticas da região, totalizando doze (12) instituições fiscalizadas nos municípios de Araranguá, Palhoça, Rio do Sul, Tubarão, Itajaí, Joinville, Blumenau, Içara, Campos Novos, Lages, Chapecó e Mafra.

Além das fiscalizações realizadas após as capacitações, o CSP também realizou, em apoio às Promotorias de Justiça, nove (9) fiscalizações adicionais por solicitação das próprias promotorias:

1. São João Batista, em 28/03/2023;
2. Pescaria Brava, em 24/05/2023;
3. Duas (2) em Itapema, em 25/03/2024;
4. Imaruí, em 01/04/2024;
5. Içara, em 19/08/2024;
6. Penha, em 23/09/2024;
7. Criciúma, em 30/10/2024; e,
8. São José, 05/11/2024.

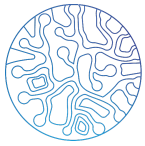
Com essas ações, foram percorridos 6.469 quilômetros no âmbito do projeto de Vitorias Interinstitucionais das Comunidades Terapêuticas do Programa Saúde Mental em Rede nos anos de 2023 e 2024. No total, foram abrangidos dezenove (19) municípios e vinte e uma (21) Comunidades Terapêuticas fiscalizadas pelo Centro de Apoio Operacional da Saúde Pública, com oitocentos e trinta e cinco (835) acolhidos.



Fiscalizações Posteriores

Ademais, após as capacitações, foi informado ao CSP a realização de trinta e três (33) fiscalizações adicionais pelas Promotorias de Justiça nos anos de 2023 e 2024:

Município	Promotoria de Justiça	Data
Palhoça	6ª PJ de Palhoça	02/10/2023
Palhoça	6ª PJ de Palhoça	02/10/2023
Palhoça	6ª PJ de Palhoça	02/10/2023
Palhoça	6ª PJ de Palhoça	02/10/2023
Presidente Getúlio	PJ de Presidente Getúlio	01/11/2023
Balneário Gaivota	2ª PJ de Sombrio	13/11/2023
Palhoça	6ª PJ de Palhoça	06/12/2023
Palhoça	6ª PJ de Palhoça	06/12/2023
Palhoça	6ª PJ de Palhoça	06/12/2023
Laguna	3ª PJ de Laguna	2023
Laguna	3ª PJ de Laguna	2023
Laguna	3ª PJ de Laguna	2023
Laguna	3ª PJ de Laguna	2023
Ituporanga	1ª PJ de Ituporanga	14/03/2024
Vidal Ramos	1ª PJ de Ituporanga	14/03/2024
Chapadão do Lageado	1ª PJ de Ituporanga	14/03/2024
Araranguá	1ª PJ de Araranguá	13/05/2024
Araranguá	1ª PJ de Araranguá	13/05/2024
Araranguá	1ª PJ de Araranguá	13/05/2024
São João do Sul	PJ de Santa Rosa do Sul	25/07/2024
Dionísio Cerqueira	PJ de Dionísio Cerqueira	10/05/2024
Blaneário Rincão	1ª PJ de Içara	18/09/2024
Blaneário Rincão	1ª PJ de Içara	18/09/2024
Criciúma	5ª PJ de Criciúma	03/09/2024
Criciúma	5ª PJ de Criciúma	04/09/2024
Siderópolis	5ª PJ de Criciúma	02/10/2024
Criciúma	5ª PJ de Criciúma	03/10/2024
Criciúma	5ª PJ de Criciúma	10/10/2024
Laguna	3ª PJ de Laguna	2024
Imaruí	PJ de Imaruí	2024
Palhoça	9ª Palhoça	2024
Palhoça	9ª Palhoça	2024
Palhoça	9ª Palhoça	2024

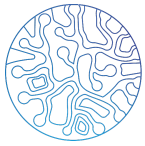


Realizada essa análise introdutória do Programa e seus dados, passaremos agora à análise das informações encontradas nas vinte e uma (21) Comunidades Terapêuticas fiscalizadas pelo Centro de Apoio Operacional da Saúde Pública, por meio das entrevistas realizadas com os acolhidos.

Foram entrevistados cerca de seiscentos e vinte e dois (622) acolhidos, sendo que duas fiscalizações não se tem o registro do número total de entrevistados.

As informações que serão prestadas ao longo do presente documento como sendo constatações decorrentes das fiscalizações estão pautadas, principalmente, nos relatos extraídos das entrevistas com as pessoas acolhidas e das informações fornecidas pela direção das instituições durante a fiscalização, materializadas em questionários individuais. Somente informações que foram reiteradas pela maioria dos entrevistados ou foram fornecidas pela direção foram consideradas para fins de contabilização. Quando a direção não forneceu informações específicas ou não houve reiteração do relato pelos entrevistados, é sinalizada a ausência de informação a respeito daquele tópico.

Destaca-se que das 21 Comunidades Terapêuticas fiscalizadas consideradas para fins do presente relatório, 3 delas não apresentaram nenhuma irregularidade, atuando em perfeita conformidade com as normativas pertinentes. Outras 4 tiveram como única prática contrária às normativas a obrigatoriedade de participação das atividades religiosas, inclusive para os acolhidos em vagas custeadas com recursos públicos. Faz-se essa ressalva desde logo para que não se caia no equívoco de concluir que todas as Comunidades Terapêuticas atuam de maneira irregular e com violação de direitos fundamentais dos acolhidos. Apesar da maioria delas apresentarem inconformidades, de maior ou menor gravidade, há um grande contingente de entidades que atuam na absoluta legalidade, adotando práticas em conformidade com as normativas vigentes.



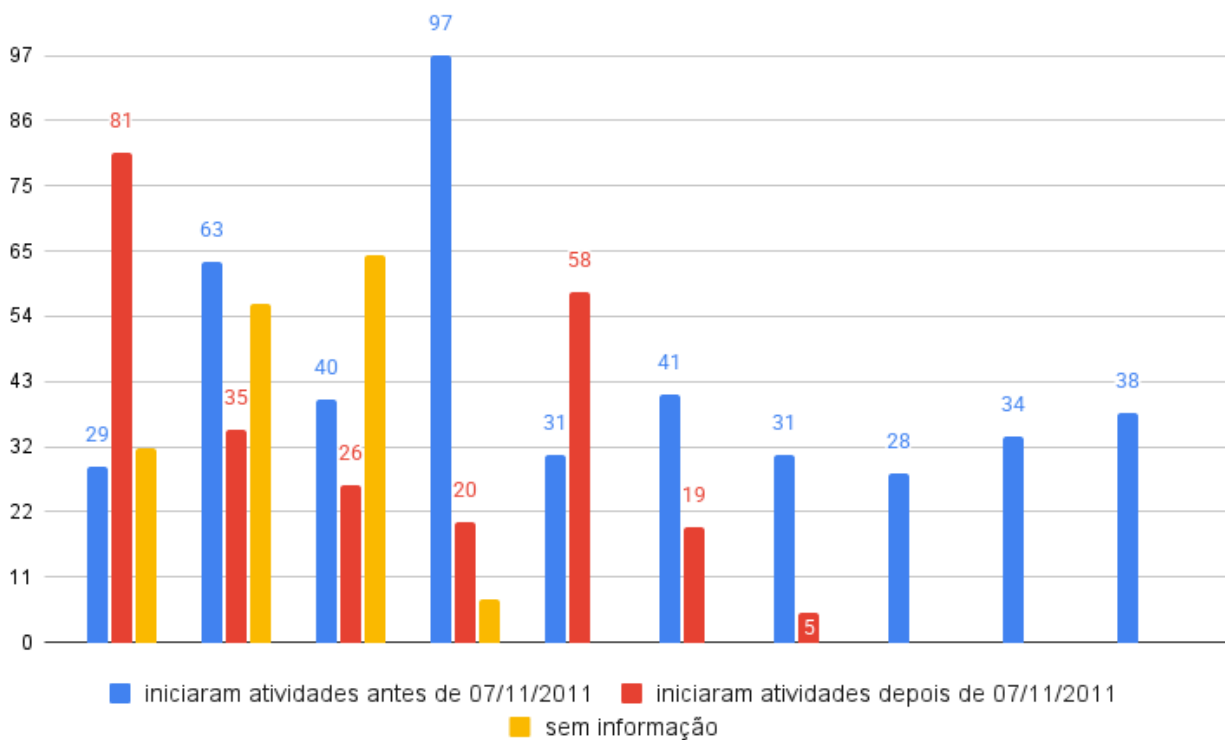
a) **Número de vagas e lotação atual**

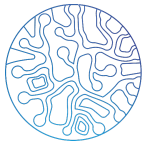
Conforme o artigo 25 da Resolução n. 1/CONAD/2015, as Comunidades Terapêuticas devem encaminhar ao CONAD, anualmente, informações atualizadas sobre o seu funcionamento, número de vagas e perfil das pessoas acolhidas.

A Resolução Normativa n. 1/DIVS/SES/2023 prevê que as Comunidades Terapêuticas podem acolher, no máximo, **60 residentes**. Excepcionalmente, para estabelecimentos que iniciaram suas atividades antes de 7 de novembro de 2011, a capacidade máxima de alojamento é de 90 residentes.

Das Comunidades Terapêuticas fiscalizadas, dez (10) informaram que iniciaram suas atividades antes de 7 de novembro de 2011. Sete (7) iniciaram após essa data e quatro (4) não forneceram informações sobre o tema.

Entre as Comunidades Terapêuticas cuja capacidade máxima é de 90 residentes, apenas uma (1) estava com acolhidos excedendo a capacidade. Entre as demais instituições, duas (2) estavam excedendo a capacidade máxima de 60 acolhidos.





b) **Modalidade de acolhimento (internação)**

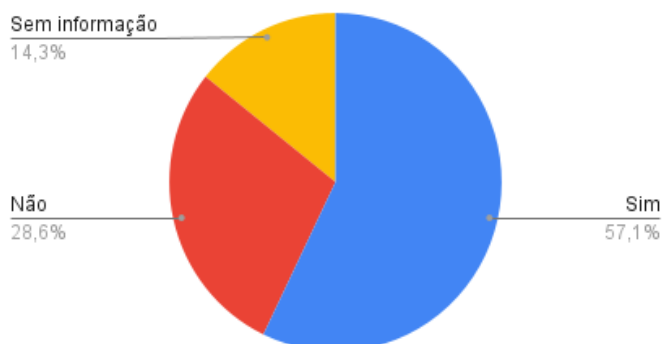
É vedada a realização de qualquer modalidade de internação em **Comunidades Terapêuticas**, segundo o artigo 23-A, §9º, da Lei n. 11.343/2006, alterada pela Lei n. 13.840/2019. Essa disposição é ratificada pela RDC n. 29/ANVISA/2011 e pelas Notas Técnicas ns. 2/2020/ANVISA e 3/2024/SEI/CSIPS/GGTES/DIRE3/ANVISA, as quais esclarecem que as Comunidades Terapêuticas, no escopo da mencionada RDC, não são consideradas estabelecimentos de saúde. Isso porque nelas se predomina a convivência entre os pares como instrumento terapêutico, no lugar de terapêuticas psiquiátricas, a exemplo da internação. Portanto, na condição de ambiente não-médico, as Comunidades Terapêuticas não podem realizar internações.

Além disso, as normas citadas, bem como a Resolução n. 1/CONAD/2015 (art. 1º) e a Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017 (Anexo V, art. 9, II), afirmam o caráter residencial, **transitório** e **voluntário** do acolhimento em Comunidades Terapêuticas.

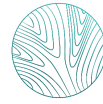
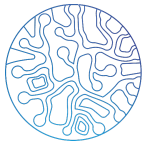
A realização e manutenção de acolhimento contra a vontade do sujeito, constringindo sua liberdade, deve ser avaliada sob o prisma criminal, pois caracteriza ou pode caracterizar o crime de cárcere privado (art. 148 do CP).

A despeito da previsão legal, duzentos e dezoito (218) entrevistados relataram que foram acolhidos de forma involuntária em onze (11) das dezenove (19) Comunidades Terapêuticas onde houve questionamento sobre o tipo de acolhimento.

Acolhido involuntário



Isto significa que 57,1% das Comunidades Terapêuticas fiscalizadas realizavam acolhimento involuntário, enquanto 28,6% não realizavam e 14,3% não forneceram informações sobre o tema.



Dos acolhidos involuntariamente, setenta e oito (78) informaram o uso de força física e/ou contenção química para acolhimento involuntário em oito (8) das onze (11) instituições que realizavam esse tipo de acolhimento.

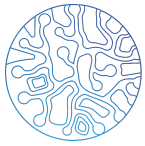
Assim, das Comunidades Terapêuticas fiscalizadas que realizavam acolhimento involuntário, 72,73% faziam uso de força física e/ou contenção química, enquanto 9,09% não utilizavam e 18,18% não forneceram informações.

Quando questionados se poderiam sair da Comunidade Terapêutica a qualquer momento, a fim de verificar a realidade da voluntariedade do acolhimento, verificou-se que em onze (11) das instituições não era permitido deixar a comunidade a qualquer momento. Cinco (5) permitiam a saída dos acolhidos, em uma (1) houve divergência nos relatos e as demais quatro (4) não forneceram informações.

Das Comunidades Terapêuticas vistoriadas, 52,4% realizavam resgate após a “fuga” de acolhidos, representando onze (11) instituições. Cinco (5) não realizavam e outras cinco (5) não forneceram informações sobre o tema.

c) Perfil das pessoas acolhidas

Segundo a Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017 (Anexo V, art. 9, II), o atendimento das Comunidades Terapêuticas se destina a **pacientes maiores de 18 anos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas**, isto é, não possuam comprometimento físico ou psíquico grave e/ou condições que demandem atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência, tendo em vista a natureza não-médica dos serviços prestados por essas entidades. Por conseguinte, é irregular o acolhimento em Comunidades Terapêuticas de pessoas com **transtornos mentais** não relacionados ao uso de álcool e outras drogas, bem como de pessoas com vínculos familiares fragilizados ou rompidos com demanda de **moradia de longa permanência**. Também não é permitido o acolhimento de **crianças e adolescentes**, conforme previsto na



Resolução CONANDA n. 249, de 10 de julho de 2024, que dispõe sobre a proibição do acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas.

Das Comunidades Terapêuticas vistoriadas, duas (2) instituições estavam acolhendo adolescentes, totalizando sete (7) indivíduos. Outras duas (2) comunidades, no momento da fiscalização, não possuíam adolescentes acolhidos, porém os entrevistados relataram que anteriormente houve esse tipo de acolhimento.

No mesmo sentido, o artigo 16 da RDC n. 29/ANVISA/2011 veda a admissão de “pessoas cuja situação requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição”, assim como § 1º do artigo 26-A, da Lei n. 13.840/2019 proíbe o acolhimento de “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”.

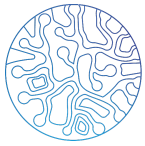
No mesmo sentido, a Nota Técnica n. 3/2024/SEI/CSIPS/GGTES/DIRE3/ANVISA prevê:

Ressaltamos mais uma vez que, conforme RDC Anvisa nº 29/2011, em seu artigo 16, parágrafo único, é vedada nestas instituições a admissão de pessoas cuja situação requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados.

Em outras palavras, não é permitida a admissão e permanência de pessoas com comprometimento biológico ou psíquico grave nas instituições que não possuam equipe técnica da área da saúde e infraestrutura compatíveis à assistência em período integral. Lembrando que caso seja fornecido algum serviço de saúde, devem ser observadas as normas pertinentes a esse serviço.

Pessoas idosas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas podem ser acolhidas, desde que com plenas capacidades cognitivas para compreender e concordar com a proposta da instituição.

Em cinco (5) Comunidades Terapêuticas, representando 23,81% das instituições fiscalizadas, foi relatada a presença de acolhidos que não eram



público-alvo deste serviço, totalizando trinta e nove (39) pessoas que não eram usuários de álcool ou outras drogas.

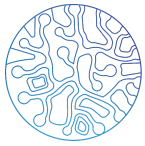
Quanto à necessidade de o acolhido estar clinicamente estável, apenas dez (10) Comunidades Terapêuticas vistoriadas estavam cumprindo essa normativa. Em contrapartida, seis (6) instituições apresentavam acolhidos em condições físicas e/ou psíquicas que demandavam atenção médico-hospitalar imediata, e em cinco (5) comunidades não havia informações disponíveis sobre o tema.

Para evitar esse tipo de acolhimento, é **obrigatória** realização de **avaliação diagnóstica prévia**, que as considere aptas para o acolhimento. A avaliação deve ser emitida pela **rede de saúde ou por profissional habilitado**, anotando-se os dados na ficha do residente (artigo 16 da RDC n. 29/ANVISA/2011 e artigo 6º, II, da Resolução n. 1/CONAD/2015).

Os artigos 23-B e 26-A, IV, da Lei n. 13.840/2019 também condicionam o atendimento ao usuário ou dependente de drogas à avaliação prévia por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial, “que subsidiará a elaboração e execução do projeto terapêutico individual a ser adotado, levantando no mínimo: I - o tipo de droga e o padrão de seu uso; e II - o risco à saúde física e mental do usuário ou dependente de drogas ou das pessoas com as quais convive”.

A Nota Técnica n. 3/2024/SEI/CSIPS/GGTES/DIRE3/ANVISA ressalta:

A RDC nº 29/2011 (Art. 16) e a Lei de Drogas (Art. 26-A) são claras ao dispor que **toda a admissão em uma Comunidade Terapêutica deve ser precedida de avaliação diagnóstica (avaliação médica prévia, conforme dicção da lei)**, cujos dados deverão constar na ficha do residente. Nessa oportunidade serão avaliados a condição geral do residente e os cuidados necessários, independentemente de estarem relacionados ao uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, o que permitirá, por exemplo, a manutenção do tratamento de saúde do residente, seja na própria instituição ou fora dela. Ademais, em harmonia à RDC nº 29/2011 (Art. 16, parágrafo único) e Lei nº 11.343/2006 (Art. 26-A, § 1º), não é permitida a admissão e permanência de pessoas com comprometimento biológico ou psíquico grave nas instituições que não possuam equipe técnica de saúde e infraestrutura compatíveis à assistência em período integral.



Ressalta-se que 76,2% das Comunidades Terapêuticas vistoriadas, representando dezesseis (16) instituições, possuíam acolhidos que relataram transtornos mentais, totalizando pelo menos duzentos e noventa e três (293) acolhidos. As demais cinco (5) comunidades não forneceram informações sobre o tema.

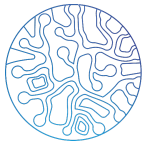
d) **Atendimento de saúde às pessoas acolhidas**

Todos os atendimentos de saúde realizados às pessoas acolhidas devem ser **registrados** em seu PIA/PAS/PTS, consoante ao item anterior, e ficha individual, conforme o artigo 7º da RDC n. 29/ANVISA/2011, que trata da necessidade de cada residente possuir ficha individual.

É importante destacar a responsabilidade da entidade em prover a manutenção das necessidades de saúde que já vinham sendo mantidas pelo acolhido a familiares em caráter residencial. Nesse sentido, a Nota Técnica n. 3/2024/SEI/CSIPS/GGTES/DIRE3/ANVISA elucida:

Pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas podem sofrer diversos efeitos nocivos sobre sua saúde. Neste sentido, a Comunidade Terapêutica deve estar preparada para atender as necessidades de saúde que o residente apresentar, em especial o encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de substâncias psicoativas - SPA, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde. A Comunidade Terapêutica deve garantir a manutenção do tratamento de saúde do residente e comprovar os mecanismos de encaminhamento e transporte à rede de saúde. Por exemplo, deve-se garantir aos residentes hipertensos, diabéticos, alérgicos, celíacos ou que possuam qualquer outra condição, os cuidados medicamentosos e nutricionais necessários; essa necessidade deve ser registrada na ficha do residente e monitorada enquanto ele permanecer em tratamento. Há que se garantir a realização de exames, o transporte para a unidade de saúde de referência e a administração da medicação que lhe for prescrita, nos prazos e horários estabelecidos.

Segundo o parágrafo único do artigo 3º da Resolução n. 1/CONAD/2015, às Comunidades Terapêuticas devem “possuir **mecanismos de encaminhamento e transporte à rede de saúde** dos acolhidos que apresentarem intercorrências



clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de substância psicoativa, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde”, determinação reiterada pelo artigo 8º da RDC n. 29/ANVISA/2011.

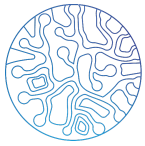
A atuação em rede dos equipamentos de saúde é o componente definidor do funcionamento da RAPS, que tem como objetivo “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das Redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências” (Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017, Anexo V, art. 3ª, III).

As Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, como já observado, não são serviços de saúde e não compõem a Rede de Atenção Psicossocial. Apesar disso, as pessoas que estão nelas acolhidas, por seu caráter residencial, são consideradas moradoras daquele território, ainda que temporariamente, razão pela qual devem ser atendidas pela Rede de Saúde local, o que inclui a Atenção Primária e a Atenção Psicossocial.

Tendo isso em vista, **as Comunidades Terapêuticas devem “buscar a rede situada no território para oferecer cuidados integrais com a saúde dos acolhidos”** (Resolução n. 1/CONAD/2015, art. 19), “indicar os serviços de atenção integral à saúde disponíveis para os residentes, sejam eles públicos ou privados” e “possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem [...] agravos à saúde” (RDC n. 29/ANVISA/2011, arts. 8º e 22). Devem, ainda, “comunicar cada acolhimento ao estabelecimento de saúde e aos equipamentos de proteção social do território da entidade, no prazo de até cinco dias” (Resolução n. 1/CONAD/2015, art. 6º, VI).

Ademais, conforme o artigo 23-A, IV, da Lei 13.840/2019, o tratamento do usuário ou dependente de drogas deve ser acompanhado por meio do SUS, SUAS e Sisnad, de forma articulada.

Em Santa Catarina, o artigo 7º da Deliberação n. 143/CIB/2021 determina que as Comunidades Terapêuticas:



deverão comunicar o acolhimento ao **Setor de Saúde Mental do município sede da Comunidade Terapêutica** e ao **Setor de Saúde Mental do município de origem** do acolhido para compartilhamento do acompanhamento e subsequente continuidade do cuidado;

§ 1º A equipe técnica municipal de referência em saúde mental, deverá acompanhar o tratamento do acolhido por meio de visitas à Comunidade ou de frequência do usuário ao CAPS ou UAP, com periodicidade a ser definida em cada Projeto Terapêutico Singular;

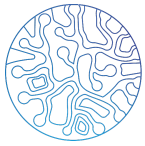
§ 2º A Comunidade Terapêutica deverá disponibilizar relatórios individuais de evolução com periodicidade a ser definida junto à equipe técnica designada pelo município.

Das Comunidades Terapêuticas fiscalizadas, quinze (15) forneciam acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quando os acolhidos necessitavam. Em uma (1) dessas comunidades foi relatado que o acesso aos serviços de saúde exigia a autorização do dono, que não ficava na instituição, além de pagamento pelo transporte realizado pela comunidade. Em outra, o relato era de que o acesso aos serviços de saúde era demorado.

Em duas (2) Comunidades Terapêuticas o atendimento à saúde dos acolhidos era realizado na própria instituição. Uma (1) comunidade não fornecia acesso aos serviços de saúde e três (3) instituições não forneceram informações sobre o tema.

e) **Recursos públicos**

Conforme o Edital n. 1495/SES/2022, as Comunidades Terapêuticas podem receber recursos do **governo estadual**, provenientes do Fundo Estadual de Saúde, mediante convênio (Programa Reviver). São fornecidos os valores de **R\$1.500,00 por mês**, por vaga regulada pela SES em serviços de acolhimento de pessoa adulta (maior de 18 anos); e **R\$2.000,00 por mês** por vaga regulada pela SES em serviços de acolhimento de adolescentes, gestantes e nutrízes, sendo essa previsão anterior à Resolução CONANDA n. 249/2024. O Edital, além disso, especifica que o referido montante deve fazer face à integralidade dos custos do acolhimento (alimentação, higiene, projeto terapêutico, hospedagem). Prevê também a possibilidade da participação de Comunidades Terapêuticas que possuem



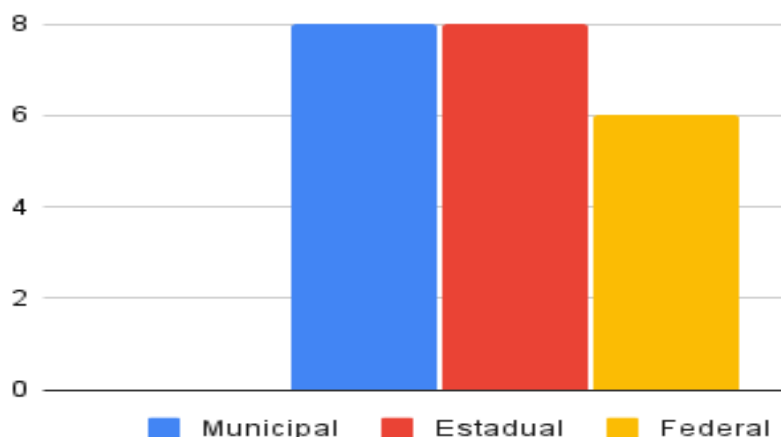
contratos com o Ministério da Cidadania ou outras entidades, mediante a comprovação de sua capacidade de atendimento.

As Comunidades Terapêuticas também podem receber recursos do **governo federal** mediante contrato. Com a revogação do Anexo XCI da Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS/2017 pela Portaria n. 1.684/GM/MS/2021, não há mais regulamentação e previsão específica do montante do incentivo financeiro federal.

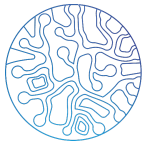
Ainda, as Comunidades Terapêuticas podem receber recursos do **governo municipal** mediante convênio. No entanto, o artigo 5º, § 1º, da Deliberação n. 143/CIB/2021 especifica que as instituições “não poderão requerer custeio municipal ou valores adicionais do acolhido em vaga contratada, regulada e custeada pela Secretaria de Estado da Saúde”.

Importa destacar que, no entendimento do Centro de Apoio Operacional da Saúde Pública, por não se tratar a Comunidade Terapêutica de serviço de saúde e não integrar a Rede de Atenção Psicossocial, está vinculada ao Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, não se pode utilizar de recursos do SUS para o custeio de suas vagas. Tais despesas não estão entre as listadas no art. 3º da Lei Complementar n. 141/2012.

Das Comunidades Terapêuticas fiscalizadas, 57,1% recebiam recursos públicos, enquanto 28,6% não recebiam e 14,3% não forneceram informações.



Dentre as doze (12) instituições que recebiam recursos, oito (8) recebiam recursos municipais, oito (8) estaduais e seis (6) federais.



f) **Tempo de permanência**

A Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017, Anexo V, art. 9, II, define **nove meses** como prazo máximo para permanência de uma pessoa acolhida em Comunidade Terapêutica. Esse prazo é corroborado pelo artigo 6º da Deliberação n. 143/CIB/2021 e pelo Editais n. 1495/SES/2022, tópico 3.7, que fixam o período máximo de seis meses para acolhimento, prorrogável por três meses, mediante parecer da equipe técnica responsável.

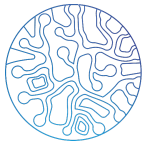
Já conforme os parágrafos do artigo 6º da Resolução n. 1/CONAD/2015, o acolhimento não pode “exceder o limite de **doze meses** no período de vinte e quatro meses”. A fim de evitar a institucionalização, no período de até seis meses subsequentes ao término do primeiro acolhimento - quando sua duração for superior a trinta dias -, “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 [Programa de Atendimento Singular]”.

Das Comunidades Terapêuticas vistoriadas, 52,4% tinham pessoas acolhidas por mais de doze meses, enquanto 38,1% não possuíam e 9,5% não forneceram informações.

g) **Programa de acolhimento**

As Comunidades Terapêuticas devem possuir e cumprir seu **programa de acolhimento**, contendo as normas, rotinas e atividades terapêuticas da entidade. Devem, ademais, **informar** de modo claro à pessoa acolhida o conteúdo do programa e receber sua **anuência** prévia, por escrito (art. 2º, III, art. 6º, I e IV e art. 12 da Resolução n. 1/CONAD/2015).

Além disso, é importante que as entidades possuam Regimento Interno como forma de organizar a gestão e forma de atuação, dando a ele ampla publicidade.



Quando questionados, em quatorze (14) Comunidades Terapêuticas os acolhidos descreveram que as atividades desenvolvidas restringiam-se a “laborterapia”, reuniões sobre os “doze passos” e culto; em quatro (4) Comunidades Terapêuticas era ofertada tão somente laborterapia e culto; apenas reuniões e culto em uma (1) Comunidade Terapêutica; e, por fim, palestras e atividades educativas, em uma (1) Comunidade Terapêutica. Uma Comunidade Terapêutica não forneceu informações sobre o tema.

h) **Atividades recreativas**

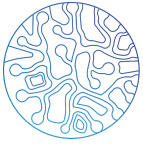
O mencionado artigo 12 da Resolução n. 1/CONAD/2015 prevê as seguintes **atividades terapêuticas** que podem ser incluídas no programa de acolhimento das Comunidades Terapêuticas: “I - recreativas; II - de desenvolvimento da espiritualidade; III - de promoção do autocuidado e da sociabilidade; e IV - de capacitação, de promoção da aprendizagem, de formação e atividades práticas inclusivas”.

As “atividades recreativas são aquelas que estimulam o lazer e a prática de atividades esportivas, artísticas e culturais”. De todo modo, pontua-se que todas devem ser acompanhadas pela equipe da entidade, registradas nas fichas individuais e podem ser realizadas pela pessoa acolhida, família ou pessoa indicada (art. 12, §2º).

Vinte (20) Comunidades Terapêuticas possuíam atividades de lazer para os acolhidos. Apenas uma (1) instituição não forneceu informações sobre o tema.

i) **Trabalho das pessoas acolhidas**

Conforme os artigos 12, II, e 15 da Resolução n. 1/CONAD/2015, o programa de acolhimento das Comunidades Terapêuticas pode incluir atividades terapêuticas de “**promoção do autocuidado e da sociabilidade**”, que tem por objetivo a prática de atos da vida cotidiana:



Programa

**Saúde Mental
em Rede**



**Vistoria em
Comunidades
Terapêuticas**

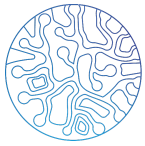
- I - higiene pessoal;
- II - arrumação e limpeza dos pertences e das acomodações de repouso e banheiro;
- III - participação na elaboração de refeições e limpeza da cozinha e do refeitório de uso coletivo;
- IV - participação na limpeza e organização de espaços coletivos, como salas de recreação, jardins e hortas de consumo interno; e
- V - participação na organização e realização de eventos e programas da entidade.

Ainda, o parágrafo único do artigo 15 complementa que essas atividades **não podem “ter caráter punitivo” e “devem ser supervisionadas por membros da equipe da entidade”**.

O programa de acolhimento também pode prever atividades **“de capacitação, de promoção da aprendizagem, de formação e atividades práticas inclusivas”**, 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” (art. 12, IV e art. 16). Essas atividades também exigem **supervisão pela equipe da entidade** (art. 12, §2º), devem “ser desenvolvidas em ambiente ético e protegido”, e **não podem “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”. Podem, ademais, ser classificadas como **voluntariado**, consoante à Lei 9.608/1998, “exceto quando houver a formação de vínculo empregatício, hipótese em que será aplicada a **legislação trabalhista**” (art. 16, §§1º e 2º).

A Resolução Normativa n. 1/DIVS/SES/2023, em seu artigo 4º, também trata do serviço voluntário, conforme explicado no tópico 19.

Vale lembrar que a Lei n. 10.216/2001 define que “ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração” é direito da pessoa com transtorno mental (artigo 2º, III). Nesse sentido, atividades que sejam exploradas comercialmente pela entidade exigem a formalização de vínculo empregatício e remuneração dos acolhidos.



É também recomendado, dentro do projeto de reinserção social, que as pessoas acolhidas sejam integradas ao mercado de trabalho, desenvolvendo atividades laborais remuneradas externas, tudo conforme previsão e planejamento constante do PIA, PTS ou PAS. Recorde-se que todas as atividades, incluindo carga horária diária, devem ser registradas nas fichas individuais dos acolhidos.

Das Comunidades Terapêuticas fiscalizadas, em dezenove (19) delas os acolhidos realizavam trabalhos de manutenção da comunidade, como limpeza dos ambientes e cuidado com o jardim.

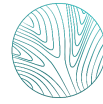
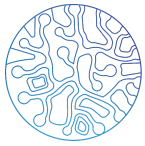
Em uma (1) comunidade, os acolhidos não realizavam nenhum tipo de trabalho, mas os monitores (ex-usuários que, após esgotado o prazo máximo de acolhimento, permanecem nas Comunidades Terapêuticas trabalhando na condição de voluntários), recebiam entre R\$600,00 e R\$800,00 por mês pelo exercício dessa função. Apenas uma (1) instituição não forneceu informações sobre o tema.

Entre as Comunidades Terapêuticas onde os acolhidos realizavam trabalhos domésticos, em uma (1) delas os usuários também trabalhavam confeccionando redes de pesca e de vôlei, sem remuneração; em um hortifruti, recebendo doação de alimentos como pagamento; e em embarcações de pesca, recebendo R\$160,00 por diária, sendo que apenas metade do valor era destinado ao acolhido, enquanto o restante ficava para a comunidade.

Em outra instituição fiscalizada, os acolhidos trabalhavam na construção de muro de arrimo, transferindo barro de açude e na construção da casa de praia do proprietário da comunidade, sem qualquer remuneração.

Por fim, em outra Comunidade Terapêutica vistoriada, os acolhidos trabalhavam na chapeação, também sem remuneração.

Quanto à capacitação e promoção de aprendizagem, 57,1% das Comunidades Terapêuticas, representando doze (12) instituições, não disponibilizavam escola, curso de qualificação e/ou profissionalizante.



Em cinco (5) comunidades, esses recursos eram disponibilizados, sendo que, em uma (1) delas, a possibilidade de estudo era oferecida após três meses de acolhimento e fora da instituição. Quatro (4) instituições não forneceram informações sobre o tema.

j) **Assistência religiosa**

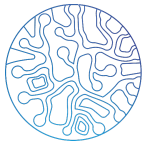
As “atividades de desenvolvimento da espiritualidade” podem fazer parte do programa de acolhimento das Comunidades Terapêuticas, enquanto “aquelas que buscam o autoconhecimento e o desenvolvimento interior, a partir da visão holística do ser humano, [...] assegurado o disposto nos incisos VI e VII do art. 5º da Constituição”, que garantem a liberdade de consciência e de crença e a prestação de assistência religiosa nas entidades civis de internação coletiva (arts. 12, II, e 14 da Resolução n. 1/CONAD/2015).

Nesse sentido, não se pode obrigar os acolhidos a participarem de atividades relacionadas à determinada confissão religiosa, permitindo-se o desenvolvimento de outras atividades ou o culto a outros credos e formas de espiritualidade nos horários para tanto reservados, sob pena de violação dos princípios constitucionais referidos. A regra aplica-se com ainda maior força quando se trata de entidade que receba recursos públicos, o que pode configurar irregularidade administrativa.

Em quinze (15) das Comunidades Terapêuticas fiscalizadas, representando 66,7%, a participação nas atividades religiosas era obrigatória. Em apenas quatro (4) comunidades a participação era opcional, enquanto em uma (1) não era permitida a prática religiosa e outra não forneceu informações a respeito.

k) **Convívio familiar e comunitário**

É dever das Comunidades Terapêuticas **permitir a visita**ção de familiares e o **acesso aos meios de comunicação** a fim de estabelecer esse contato, conforme o inciso X do artigo 6º da Resolução n. 1/CONAD/2015. Vale



lembrar que esse mesmo artigo, em seu inciso V, também estabelece como obrigação a participação da família ou pessoa indicada pelo acolhido no processo de acolhimento em geral.

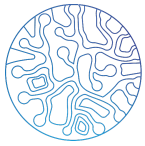
Ainda, conforme a RDC n. 29/ANVISA/2011, artigo 14, III, entre os ambientes que as Comunidades Terapêuticas devem possuir está uma “sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes”.

Das Comunidades Terapêuticas fiscalizadas, dezessete (17) permitiam visitação de familiares aos acolhidos. Uma (1) instituição não permitia visitação e três (3) não forneceram informações sobre o tema.

Quanto à possibilidade de ligações, dezoito (18) Comunidades Terapêuticas permitiam que seus acolhidos realizassem ligações, enquanto três (3) não forneceram informações sobre a questão.

No entanto, das dezoito (18) Comunidades Terapêuticas que permitiam ligações, 50% monitorava integralmente a conversa do acolhido com os familiares. Nessas nove (9) instituições, um monitor ou funcionário da instituição permanecia no mesmo ambiente do acolhido, escutando sua ligação sem fornecer privacidade. Quando os acolhidos abordavam temas considerados inadequados ou contrários à instituição durante as ligações, como solicitar para sair da instituição ou relatar abusos sofridos, eram aplicadas medidas disciplinares.

Com relação à reinserção social, 47,6% das Comunidades Terapêuticas Fiscalizadas, representando dez (10) instituições, possuíam em seu projeto terapêutico a ressocialização dos acolhidos ao longo de seu tratamento, consistente em visitas à família e, ao final do período de acolhimento, possibilidade de trabalhar e estudar externamente. Cinco (5) comunidades não permitiam a ressocialização e seis (6) não forneceram informações sobre esse tema.



I) Incidentes

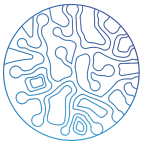
Em primeiro lugar, cumpre resgatar o artigo 5º, inciso III, da Constituição Federal: “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”. Nessa esteira, a Resolução n. 8/CNDH/2019, em seu artigo 2º, §1º, determina que a assistência em saúde mental e drogas deve “**garantir acesso a cuidados sem qualquer forma de violação dos direitos humanos, abolindo tratamentos cruéis e degradantes, maus tratos, contenções físicas e químicas, perda de direitos civis, ou que estimulem a discriminação, o preconceito e o estigma**”.

O artigo 6º da Resolução n. 1/CONAD/2015 estabelece os direitos humanos e a humanização do cuidado como fundamentos do tratamento ofertado pelas Comunidades Terapêuticas (inciso XI). Logo, **nenhuma forma de castigo físico, psicológico ou moral pode ser permitido ou aplicado (inciso XIV)**. Tal proibição é reiterada pelo artigo 20 da RDC n. 29/ANVISA/2011 (inciso IV), que também explicita o dever das Comunidades Terapêuticas de garantir o cuidado com o bem-estar físico e psíquico da pessoa acolhida e de proporcionar um **ambiente livre de violência**.

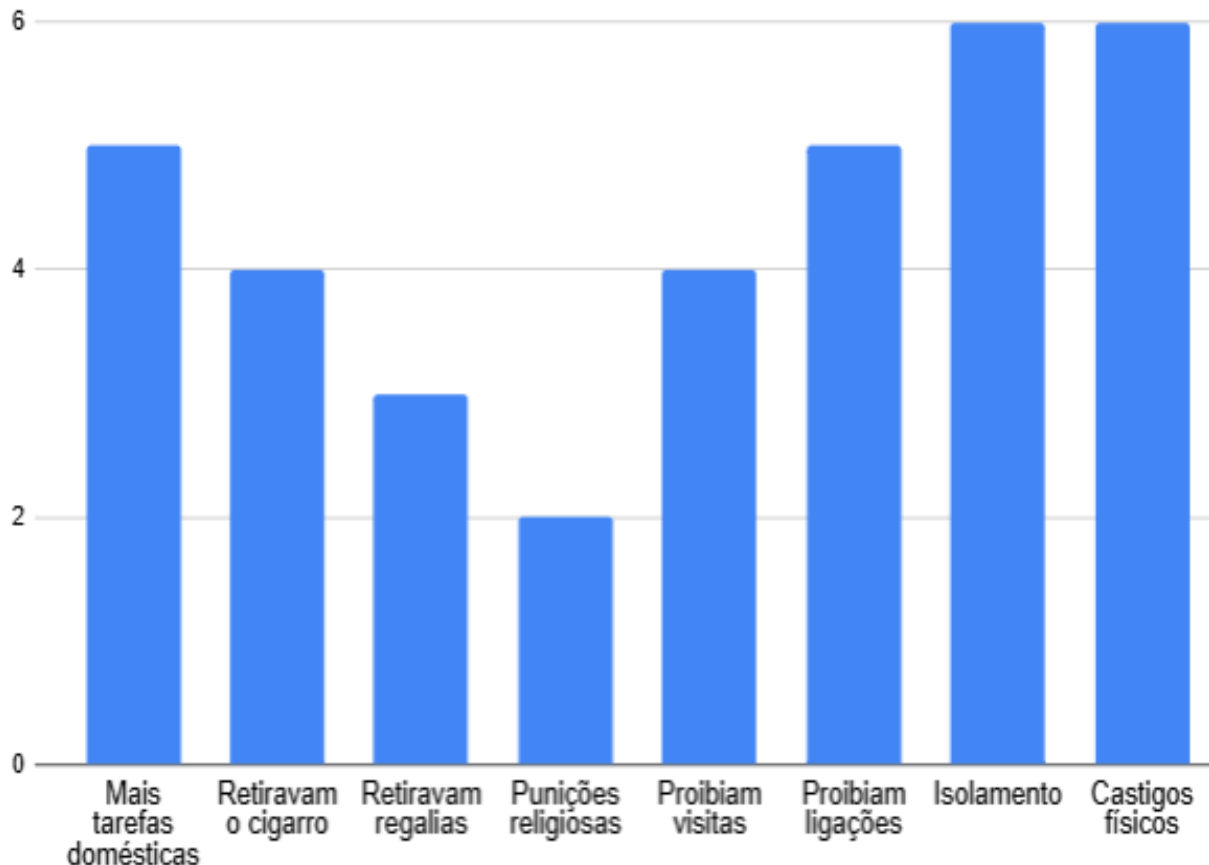
Por tais responsabilidades é que a entidade deve manter registro de toda e qualquer intercorrência, mecanismos de controle e apuração de infração ou violência por parte dos trabalhadores da Comunidade Terapêutica e regras claras sobre infrações disciplinares, formas de apuração e sanções para os acolhidos.

Das Comunidades Terapêuticas fiscalizadas, 71,4% aplicavam punições aos seus acolhidos, representando quinze (15) instituições. Enquanto apenas três (3) não aplicavam e outras três (3) não forneceram informações.

Conforme o gráfico abaixo, entre as quinze (15) Comunidades Terapêuticas que aplicavam punições, cinco (5) instituições utilizavam como penalidade a responsabilidade por mais tarefas domésticas, quatro (4) retiravam o cigarro, três (3) retiravam regalias, duas (2) aplicavam penitências religiosas, quatro

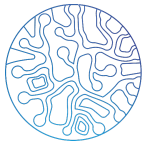


(4) proibiam visitas, cinco (5) proibiam ligações, seis (6) realizavam isolamento e seis (6) praticavam castigos com força física.



Ao serem questionados, em 47,6% das Comunidades Terapêuticas fiscalizadas, representando dez (10) instituições, os acolhidos relataram já ter presenciado algum fato violento. Em sete (7) instituições, os acolhidos não tinham presenciado fatos violentos, e em quatro (4) não foram fornecidas informações.

Importa destacar que nenhuma das Comunidades Terapêuticas fiscalizadas possuía algum tipo de procedimento para apuração da indisciplina e aplicação de eventual sanção, mesmo quando custeadas com recursos públicos, ficando ao alvedrio dos monitores ou responsável técnico a decisão sobre quando e qual punição aplicar.



m) Isolamento e contenção química e mecânica

O artigo 6º, XII, da Resolução n. 1/CONAD/2015 proíbe a prática ou permissão de ações de contenção física ou química, isolamento ou restrição à liberdade da pessoa acolhida em Comunidades Terapêuticas. Reforçam essa disposição o artigo 26-A, VI, da Lei n. 13.840/2019, que trata da vedação de isolamento físico do usuário ou dependente de drogas, o artigo 2º da Resolução n. 8/CNDH/2019, o qual condena práticas de isolamento e de contenções física e química, e a Nota Técnica n. 3/2024/SEI/CSIPS/GGTES/DIRE3/ANVISA, citada no item anterior.

Com relação à realização de contenções físicas, há informações sobre apenas doze (12) Comunidades Terapêuticas. Dessas, oito (8) instituições realizavam contenção física, segundo o relato dos acolhidos, enquanto quatro (4) não adotavam essa prática.

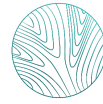
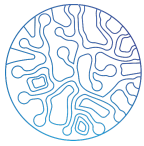
O artigo 17 da RDC n. 29/ANVISA/2011 determina que os medicamentos em uso pelas pessoas acolhidas são de responsabilidade do **responsável técnico** da entidade, e proíbe o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

A Nota Técnica n. 2/ANVISA/2020 elucida que as Comunidades Terapêuticas “acolhedoras”, enquanto serviços de interesse à saúde (e não serviços de saúde), “não podem utilizar medicamentos psicotrópicos em sua terapêutica, a menos que ofereçam concomitantemente serviços de saúde sob responsabilidade de profissional de saúde legalmente habilitado, ou seja, um médico com registro válido junto a seu Conselho Regional de Medicina”.

Na Nota Técnica n. 3/2024/SEI/CSIPS/GGTES/DIRE3/ANVISA reforça:

Conforme artigo 17 da RDC nº 29/2011, cabe ao responsável técnico da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

Em outros termos, toda medicação deve estar acompanhada de receita médica. Os medicamentos não devem ficar com o residente, em razão do risco de não ser adequadamente observada a prescrição em função de sua fragilidade. A Comunidade Terapêutica deve prever e organizar a



administração dos medicamentos, seguindo a prescrição. E como o Plano Individual de Atendimento deve registrar as medidas específicas de atenção à saúde do atendido, a administração da medicação também deve ser registrada, para monitoramento e controle.

As Comunidades Terapêuticas não podem utilizar medicamentos psicotrópicos em sua terapêutica, a menos que ofereçam concomitantemente serviços de saúde sob responsabilidade de profissional de saúde legalmente habilitado, ou seja, um médico com registro válido junto a seu Conselho Regional de Medicina. E neste caso, estamos tratando de serviços de saúde, que devem cumprir todos as normativas que lhes são pertinentes. Ou seja, tratam-se de Clínicas Médicas Especializadas em Dependência Química.

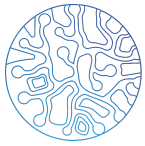
Nesse sentido, o uso indiscriminado e arbitrário de medicamentos para contenção química dos pacientes em Comunidades Terapêuticas, sem prescrição individual e suporte de equipe de saúde, pode caracterizar ilícito civil e criminal, inclusive meio de execução do crime de cárcere privado.

Quanto à realização de contenções químicas, dez (10) das Comunidades Terapêuticas fiscalizadas praticavam contenção química de seus acolhidos, representando 47,6%. Enquanto apenas quatro (4) instituições não praticavam contenção química e sete (7) não forneceram informações.

Durante as entrevistas com os acolhidos das dez (10) instituições que praticavam contenção química, houve diversos relatos sobre a utilização de mistura de remédios amassados e dissolvidos em água, conhecida por eles como “batiguti”.

Conclusões

O Programa Saúde Mental em Rede, por meio das fiscalizações interinstitucionais das Comunidades Terapêuticas, demonstra um compromisso das instituições participantes com a proteção e preservação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico por uso prejudicial de álcool e outras drogas, em especial com a dignidade e a integridade física, buscando assegurar que não se perpetuem violações de direitos humanos ocorridas em espaços de funcionamento irregular e incompatíveis com o direcionamento da política pública de saúde mental estruturada a partir da Lei n. 10.216/2001.

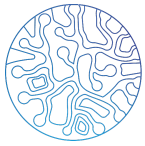


Sem adentrar na importante discussão sobre a pertinência das Comunidades Terapêuticas como espaços de cuidado a pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, partiu-se da realidade de que estão autorizadas a funcionar, porém não são minimamente fiscalizadas e acompanhadas em suas atividades precípuas. As fiscalizações existentes costumam limitar-se aos aspectos sanitários e de segurança contra incêndio do espaço físico. Isso, aliado à comum localização das entidades, em geral em espaços rurais, afastados dos centros urbanos, e à situação de vulnerabilidade dos acolhidos, criam ambiente pouco seguro e propício para atuação oportunista de pessoas sem preocupação efetiva com a saúde e bem estar dos acolhidos.

O fato de as Comunidades Terapêuticas serem espaços de iniciativa privada e não integrarem o eixo de políticas públicas estruturadas, como a saúde e a assistência social (integram a política pública sobre drogas), as deixa sem um padrão de funcionamento, sem parâmetros mínimos de práticas de atenção aos acolhidos e sem fiscalização de suas atividades.

Não se ignora que há trabalhos sérios sendo realizados por Comunidades Terapêuticas, no sentido de respeito e observância às normas que minimamente regulamentam a atividade, independente das pertinentes críticas e discussões que existam sobre o respaldo técnico e científico das práticas de abstinência, isolamento e religiosidade que permeiam a atuação.

7 das 21 Comunidades Terapêuticas fiscalizadas que compõem a presente análise não apresentaram qualquer irregularidade em seu funcionamento, com exceção da obrigatoriedade de participação nas atividades religiosas em 4 delas. Atuam em um vazio de assistência, diante da quase inexistência de espaços residenciais de acolhimento e atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, como as Unidades de Acolhimento previstas na Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017. Colocam-se como uma, por vezes única, opção para famílias e usuários que buscam alguma saída para a condição de sofrimento em que se encontram.



E nesse sentido é que os trabalhos realizados evidenciam duas necessidades latentes.

A primeira é a estruturação de ações permanentes de fiscalização das Comunidades Terapêuticas, considerando a realidade de violações de direitos apresentada em muitas delas e por serem espaços de isolamento, podendo desdobrar-se em privação de liberdade. E essa medida faz-se necessária principalmente para a proteção da integridade física e psicológica desses acolhidos e suas famílias, preservando de seus direitos fundamentais, mas também como forma de fortalecer o trabalho daquelas que atuam de forma responsável, observando a RDC n. 29/2011 da ANVISA e a Resolução n. 1/2015/MJ/CONAD.

A segunda é a necessidade de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, em especial dos Centro de Atenção Psicossocial na modalidade Álcool e Drogas - CAPS-Ad e das Unidades de Acolhimento - UA. A ausência ou insuficiência desses equipamentos de cuidado dentro do eixo da política pública de saúde mental cria a necessidade de alternativas de assistência para usuários e suas famílias, que as têm encontrado em Comunidades Terapêuticas.

Espera-se que o presente relatório possa dar conhecimento das ações realizadas e contribuir com as reflexões e discussões sobre as medidas necessárias em relação ao funcionamento das Comunidades Terapêuticas no Estado de Santa Catarina.