



NOTA TÉCNICA Nº 12/2022

Ementa: Acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas. Violação dos direitos à saúde, à educação, à dignidade, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Possibilidade de acolhimento institucional ou tratamento ambulatorial como alternativas existentes. Dever do Ministério Público de fiscalização e de fomento à implementação da rede de atenção psicossocial, em especial unidades de acolhimento infantojuvenil.

1. OBJETO

O CONSELHO NACIONAL DE PROCURADORES-GERAIS DO MINISTÉRIO PÚBLICO DOS ESTADOS E DA UNIÃO (CNPGE), por intermédio das **COMISSÕES PERMANENTES DA INFÂNCIA E JUVENTUDE (COPEIJ), DE DEFESA DA SAÚDE (COPEDS), DA EDUCAÇÃO (COPEDEC), DE DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS (COPEDH), DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E DA PESSOA IDOSA (COPEPDI) E DE COMBATE À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER (COPEVID)**, integrantes do **GRUPO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS (GNDH)**, vem pelo presente trabalho apresentar esclarecimentos e balizamentos jurídicos acerca do acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas.

Importa destacar que as notas técnicas emitidas pelo Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH) tem o escopo de auxiliar e orientar Promotoras(es) e Procuradoras(es) de Justiça no exercício das suas respectivas funções, tratando de temas considerados relevantes ou polêmicos. Objetivam, também, buscar a uniformização de procedimentos e entendimentos no âmbito dos Ministérios Públicos, sendo destinadas apenas às(aos) suas(eus) membras(os), sem qualquer caráter vinculativo, respeitando-se integralmente o princípio institucional da independência funcional.



2. ANÁLISE TÉCNICA

Para uma melhor compreensão do assunto, dividiremos a análise da questão em tópicos:

- 2.1.** Comunidades Terapêuticas: origem e metodologia;
- 2.2.** Incompatibilidade do ambiente e da metodologia das comunidades terapêuticas com os direitos de crianças e adolescentes, inclusive à convivência familiar e comunitária;
- 2.3.** Ausência de previsão legal para o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas; e
- 2.4.** Rede de Atenção Psicossocial e RDC/ANVISA.

2.1. Comunidades Terapêuticas: origem e metodologia

Inicialmente, para uma melhor compreensão do funcionamento e das práticas adotadas pelas comunidades terapêuticas, realizaremos breve introito sobre sua origem e a metodologia utilizada.

As comunidades terapêuticas tiveram origem no Brasil nos anos 60, a partir de movimentos religiosos, e a sua expansão e fortalecimento, nos últimos anos, se deram em razão da ausência de políticas públicas eficazes voltadas aos usuários de álcool e outras drogas, bem como do financiamento público dessas instituições, como forma de suprir a deficiência da rede de atenção psicossocial. Ademais, apresentam metodologia semelhante aos Alcoólicos Anônimos (AA), que recomenda a abstinência total como solução.

De acordo com o Boletim de Análise Político-Institucional do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA¹, publicado em 2018:

O programa assistencial das CTs ancora-se no tripé disciplina-trabalho-

¹SANTOS, Maria Paula Gomes. Comunidades Terapêuticas e a Disputa entre Modelos de Atenção e Cuidado a Usuários de Drogas: IPEA. Boletim de Análise Político-Institucional / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – n.18 (2018) – . Brasília : Ipea, 2011- . pp. 81-91. p 82. (Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34474&Itemid=6 Acessado em 18 jun. 2021.).



espiritualidade, que se traduz em rotinas disciplinadas, *laborterapia e práticas espirituais, realizadas em contexto de abstinência e isolamento social. A laborterapia consiste em uma terapia por meio do trabalho, o que envolve tarefas de manutenção da própria comunidade (limpeza e preparo de refeições) e atividades produtivas (agricultura, construção civil, artesanato, confecção de produtos para venda, entre outros). Tal prática visa ao disciplinamento dos acolhidos para o mundo do trabalho – condição entendida como essencial para a “ressocialização” e a “adequação social” dos sujeitos que fazem uso problemático de drogas. O cultivo da espiritualidade envolve orações, leituras e práticas religiosas, e cumpre dois objetivos: estabelecer um padrão de conduta moral (frequentemente cristão) para os internos; e oferecer, a estes, amparo emocional e psicológico para a manutenção da abstinência e a conquista da serenidade. De acordo com o que se pode depreender de nossas pesquisas, este programa tem como pano de fundo algumas representações específicas sobre a pessoa do usuário problemático de substâncias psicoativas. Segundo estas representações, tal pessoa teria características cognitivas e comportamentais particulares, tais como falta de controle dos impulsos; incapacidade de adiar satisfações; déficits de percepção acerca da realidade (De Leon, 2014), entre outros. Além disso, seu estilo de vida conflitaria com as normas morais e sociais vigentes, uma vez que o uso de drogas as levaria a mentir, abandonar sua família, manipular outras pessoas e, no limite, roubar.*

Nota-se, assim, que um dos pilares da metodologia utilizada pelas comunidades terapêuticas é o isolamento social, que não se coaduna com o direito constitucional e estatutário de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária.

2.2. Comunidades Terapêuticas: ambiente e metodologia adotados incompatíveis com o direito à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes.

No âmbito da proteção infantojuvenil, o advento da Constituição da República Federativa do Brasil trouxe consigo o dever de assegurar, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à



profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocar crianças e adolescentes a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (art. 227, CR).

Reiterando as disposições constitucionais, o Estatuto da Criança e do Adolescente assevera:

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

Art. 19. É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral.

O Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) adota, no *Guia de Atuação para Promotores de Justiça da Criança e do Adolescente – Garantia do direito à convivência familiar e comunitária*², a concepção de que o direito à convivência familiar seja tratado também como política pública. Tal entendimento visa romper com a cultura da institucionalização de crianças e adolescentes e fortalece o paradigma da proteção integral e da preservação dos vínculos familiares e comunitários preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Assim sendo, a convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes é direito fundamental que deve ser assegurado com absoluta prioridade pelo Estado, pela sociedade e pela família.

Normalmente, o acolhimento de um adolescente usuário/dependente de álcool e drogas em uma Comunidade Terapêutica é realizado por período de tempo extenso, em regime de total institucionalização, com restrições de visitas e contatos com familiares e amigos. Dessa forma, é forçoso reconhecer que a submissão de um adolescente a esse regime de internação prejudicará a convivência e o contato natural

² Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2017/Cartilha_WEB_1.pdf Acesso em 18 jun. 2021.



com os demais membros da família, além de implicar no cerceamento da convivência comunitária.

É importante frisar, também, que o ambiente das comunidades terapêuticas não é compatível nem apropriado para o convívio de crianças e adolescentes. As estruturas existentes, na grande maioria das vezes, não preveem o atendimento exclusivo do público adolescente, misturando adultos e adolescentes em um mesmo espaço físico, além de não possuírem ambientação infantojuvenil ou instalações destinadas às necessidades específicas dessa faixa etária. O público atendido é constituído de pessoas com dependência química, sujeitos às intempéries da doença e do tratamento.

Ademais, muitas vistorias realizadas em comunidades terapêuticas constataram situações de violações de direitos humanos.

A título de exemplo, destaca-se que, no ano de 2017, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, em parceria com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Conselho Federal de Psicologia, realizaram inspeções em 28 (vinte e oito) comunidades terapêuticas em todo país, tendo sido constatado: *instituições asilares, com visitas restritas e incomunicabilidade, retenção de documentos e dinheiro, violação de correspondência, ocorrência de internações involuntárias e compulsórias (sem comunicação ao Ministério Público), coabitação entre adultos e adolescentes, ausência de alvará sanitário, precariedade na estrutura física, desrespeito à identidade de gênero e liberdade religiosa, entre outras irregularidades.*

Para além de todas as questões acima mencionadas, é importante lembrar que o trabalho é um dos pilares sobre o qual está calcado o programa assistencial das comunidades terapêuticas.

Contudo, o ordenamento jurídico brasileiro, reconhecendo o direito ao desenvolvimento integral, sadio e harmônico de crianças e adolescentes, estabeleceu



uma idade mínima de admissão a todo tipo de emprego e trabalho no país.

Conquanto o trabalho desenvolvido no programa assistencial não tenha necessariamente como base uma relação de contrato laboral, fato é que o trabalho não é permitido para crianças e adolescentes com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (catorze) anos (art. 7º, XXXIII, da CF). Isso significa dizer que para pessoas com menos de 14 (catorze) anos é vedado qualquer tipo de trabalho. Entre 14 (catorze) e 16 (dezesesseis) anos, só é autorizada a aprendizagem profissional, que é uma modalidade especial de emprego. Na faixa etária entre 16 (dezesesseis) e 18 (dezoito) anos, o trabalho, embora permitido, deve ser totalmente protegido, não podendo ser em condições perigosas e insalubres, no período noturno, ou, ainda, realizado sob quaisquer condições que comprometam a segurança, a saúde e a moralidade do(a) adolescente. Além disso, o trabalho de adolescentes nessa faixa etária deve obrigatoriamente ter cobertura trabalhista e previdenciária, nos termos do art. 227, § 3º, II, da CF.

Nesse sentido, ainda que com viés terapêutico, o trabalho é totalmente proibido para crianças e adolescentes com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos.

Poder-se-ia discutir a compatibilidade do programa assistencial das comunidades terapêuticas com a faixa etária entre 16 (dezesesseis) e 18 (dezoito) anos e desde que houvesse anuência do acolhido. Contudo, sendo o trabalho um dos pilares do programa assistencial, ao qual se submetem, portanto, todos os acolhidos, é forçoso concluir que o trabalho, supostamente voluntário, desponta como condição obrigatória para o acolhimento nessas instituições, o que é absolutamente incompatível com a peculiar condição de pessoas em desenvolvimento de adolescentes.

Mesmo que houvesse a anuência dos adolescentes, não lhes seria permitida a realização de trabalhos frequentemente executados nas comunidades terapêuticas, a exemplo de limpeza, preparação de alimentos, ou outros serviços de natureza doméstica, ao ar livre, no campo, entre tantos outros, uma vez que vedados a pessoas com menos de 18 (dezoito) anos, nos termos dos arts. 402 a 405 da CLT e do Decreto 6.481, de 12 de junho de 2008, que instituiu a lista das piores formas de



trabalho infantil, a qual contém a classificação de 93 (noventa e três) atividades, locais e trabalhos prejudiciais à saúde, à segurança e à moral de pessoas com idade inferior a 18 (dezoito) anos e, portanto, totalmente proibidas.

Conclui-se, portanto, que também sob o prisma do trabalho, há inafastável incompatibilidade do programa assistencial das comunidades terapêuticas com as normas que regulam a idade mínima para o trabalho no Brasil e com as condições de proteção sob as quais ele é permitido para adolescentes com idade entre 16 (dezesesseis) e 18 (dezoito) anos.

Portanto, considerando que as comunidades terapêuticas pressupõem em sua maioria métodos de tratamento que implicam em isolamento social, cerceamento da autonomia, a culpa e o castigo como mote central da abordagem, imposição de trabalhos forçados, castigos físicos, ausência de articulação com as políticas públicas municipais para atendimento dos internos, entre outras questões, forçoso concluir que tais entidades não se mostram local adequado para a presença e permanência de adolescentes.

Por outro lado, não se desconhece a necessidade da disponibilidade de tratamento para crianças e adolescentes dependentes químicos. Assim como para os adultos, casos graves de intoxicação ou abstinência severa no público infantojuvenil necessitam ser submetidos à análise da equipe de saúde mental do município acerca da necessidade de internação e devem ser encaminhados, quando necessário, para leitos psiquiátricos em hospitais gerais (nesses casos, destinados e formatados especificamente a esse público).

2.3. Da ausência de previsão legal para o acolhimento de adolescentes comunidades terapêuticas.

As comunidades terapêuticas foram criadas e regulamentadas pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a *Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e*



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

Atualmente, a Portaria nº 3.088/2011 foi revogada pelo Ministério da Saúde, por meio da [Portariade Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017](#), que trata da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

Segundo as disposições da Portaria de Consolidação nº 03/2017, a comunidade terapêutica é uma modalidade de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que faz parte da Atenção Residencial de Caráter Transitório, consubstanciando-se em um serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos, de caráter residencial transitório por até 9 (nove) meses, para **adultos** com necessidades clínicas decorrentes do uso abusivo ou dependência de álcool, crack e outras drogas que estejam estáveis.

O art. 9º da Portaria de Consolidação nº 03/2017 dispõe:

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

- 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, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, I);

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

(...)

(grifamos)



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

No entanto, não obstante a definição do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD), órgão normativo e de deliberação coletiva do Sistema Nacional de Política sobre Drogas (SISNAD), vinculado ao Ministério da Justiça, publicou a [Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020](#), que regulamenta o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em Comunidades Terapêuticas.

Em que pese se ter ciência da permanência atual de adolescentes em Comunidades Terapêuticas em diversos municípios do país, muitas vezes em razão do encaminhamento realizado por órgãos do Sistema de Justiça da Infância e Juventude, entende-se que essa nova Resolução do CONAD importa em violação a princípios constitucionais e a normas do Estatuto da Criança e do Adolescente, o que merece atenção.

Primeiramente, vale destacar o vício de iniciativa para regulamentação da matéria. Isso porque a competência para deliberação acerca da política de atendimento à criança e ao adolescente pertence ao Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), o qual não participou da deliberação que resultou na publicação do ato normativo em comento.

A Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (art. 88, II), e a Lei Federal nº 8.242, de 12 de outubro de 1991 (art. 2º, I), delegaram ao CONANDA a competência para deliberar e elaborar as normas gerais da política nacional de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, bem como fiscalizar as ações de execução, observadas as linhas de ação e as diretrizes estabelecidas no Estatuto da Criança e do Adolescente. Essa atribuição não foi conferida pela lei ao CONAD, que não possui, portanto, competência legal para regulamentar matéria atinente à defesa dos direitos de crianças e adolescentes.



Ademais, deve ser ressaltado que a exclusão das entidades da sociedade civil do CONAD pelo Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019, tais como a OAB, o Conselho Federal de Medicina, CFP, CFESS, CFE, CONFEN, UNE, dentre outros, compromete as deliberações desse conselho, que passou a ser composto única e exclusivamente por setores governamentais.

A Resolução CONAD nº 03, de 24 de julho de 2020, em apertada síntese, dispõe que o atendimento, promoção e acompanhamento de usuários de drogas, em comunidade terapêutica, 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. Prevê manifestação escrita do adolescente e dos pais ou responsáveis;
- ambiente residencial propício à formação de vínculos;
- oferta de projeto terapêutico ao usuário de drogas visando à abstinência;
- elaboração de PIA e projeto terapêutico;
- vedação ao isolamento físico do usuário dependente de álcool e outras drogas;
- necessidade de as comunidades terapêuticas comunicarem o início e o encerramento de suas atividades, bem como o seu programa de acolhimento de adolescentes, para os seguintes órgãos, no prazo de até 5 dias:
 - a) Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED;
 - b) Secretaria Municipal de Saúde;
 - c) Secretaria Municipal de Assistência Social;
 - d) Secretaria Municipal de Educação;
 - e) Conselho Tutelar;
 - f) Vara da Infância e da Juventude (não é autorização e sim comunicação);



- obrigação da comunidade terapêutica informar, de modo claro, os critérios de admissão, permanência e saída, as características das **ações do desenvolvimento interior e da espiritualidade**, das atividades práticas, de autocuidado e sociabilidade, bem como o programa de acolhimento de adolescente da entidade, que devem receber a anuência prévia, por escrito, do adolescente acolhido e de um de seus pais ou responsável;
- garantia de acesso à educação ao acolhido adolescente, presencial ou na modalidade de Ensino à Distância (EaD), nos termos do art 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente;
- a equipe multidisciplinar e multisetorial da comunidade terapêutica deverá ser composta, de no mínimo, um profissional contratado, com formação **em uma** das seguintes áreas: **Saúde, Assistência Social ou Educação;**
- previsão de registro da entidade e inscrição de programas no CMDCA;
- o acolhimento não poderá exceder o limite de 12 (doze) meses no período de 24 (vinte e quatro) meses;
- caso o adolescente acolhido possua renda própria ou receba algum tipo de benefício, é vedado à entidade ou aos membros da sua equipe receber da fonte pagadora ou administrar, direta ou indiretamente, tais recursos.

A par de tal regulamentação, entendemos que a Resolução CONAD importa em violação ao princípio constitucional da laicidade do Estado (Art.5º, VI, CF), na medida em que prevê um o atendimento calcado em **ações de desenvolvimento interior e espiritualidade**.

Importa também em violação do direito à convivência familiar e comunitária de adolescentes, conforme já exposto, na medida em que prevê tratamento seguindo lógica “asilar” e de natureza institucionalizadora, em oposição ao atendimento intersetorial de adolescentes pelas redes municipais de saúde mental, de assistência social e de educação.



A Resolução CONAD vai de encontro à sistemática de acolhimento institucional prevista no ECA, especialmente após a alteração do art. 101 pela Lei Federal nº 12.010, de 3 de agosto de 2009, que estabelece como competência privativa do Poder Judiciário afastamento de crianças e adolescentes do convívio familiar.

Conforme disposições do art. 101, § 1º e seguintes, do ECA, o afastamento do convívio familiar e o acolhimento institucional de crianças e adolescentes devem ser medidas provisórias e excepcionais, e somente podem ocorrer em casos de violação dos direitos desse público, sendo a sua aplicação de competência exclusiva da autoridade judiciária. A Resolução CONAD viola expressamente essa norma estatutária ao permitir a internação de adolescentes em comunidades terapêuticas sem autorização judicial, exigindo apenas a voluntariedade do adolescente e a autorização de um dos pais ou do responsável legal para a aplicação de uma medida protetiva que importa no afastamento do adolescente do convívio familiar, comunitário e, muitas vezes, também do seu município de origem.

A resolução traz a lógica de adesão e voluntarismo do adolescente nessa modalidade de atendimento, mencionando que o Juiz da Infância será apenas comunicado acerca do ingresso do adolescente no prazo de 5 dias. Essa disposição, entretanto, contraria a previsão do art. 93 do ECA, que obriga que a comunicação de acolhimento se realize em 24 (vinte e quatro) horas ao Juiz com competência em matéria de infância e juventude, em casos urgentes e de caráter excepcional, quando não for possível aguardar prévia decisão judicial.

Deve ser também ressaltado que a resolução trilha caminho inverso ao das deliberações realizadas em 4 (quatro) conferências nacionais de saúde mental, com ampla participação social e reconhecimento pelas várias instâncias de controle social do SUS. A regulamentação contraria também as deliberações do Fórum Nacional de



Saúde Mental Infanto-Juvenil, instituído pela Portaria GM nº 1.608, de 3 de agosto de 2004, que, ao traçar as diretrizes para o processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em território nacional, editou a Recomendação nº 01/2005, nos seguintes termos:

(...) além da adoção de ações voltadas a reverter a tendência de recolhimento de crianças e adolescentes, seja no campo da saúde mental, da assistência social, da educação e da justiça, aconselhou que fossem criados, em contrapartida, os necessários serviços de base territorial para o atendimento em saúde mental deste público com equipamentos compatíveis com a lógica territorial, assim como houvesse reestruturação de toda rede de atendimento existente no sentido de afiná-la às atuais diretrizes da política pública de saúde mental, medidas estas - dentre outras importantíssimas -, que são imprescindíveis para garantir os direitos fundamentais desse público de maior vulnerabilidade.

Quanto ao direito à educação, a criança e o adolescente devem ter garantido o direito à educação e não devem ser afastados do sistema de ensino. Saliente-se a constante preocupação, decorrente especialmente pela despreocupação normativa quando da regulamentação das comunidades terapêuticas pretensamente destinadas a crianças e adolescentes, no que diz respeito ao cumprimento da legislação de regência (Lei nº 9.503/1997 - Educação para o Trânsito; Lei nº 9.795/1999 - Educação Ambiental; Lei nº 10.436/2002 - Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS; Lei nº 11.161/2005 - Língua Espanhola; Plano Nacional de Educação, instituído pela Lei nº 13.005/2014, que definiu 20 metas para as políticas educacionais no decênio 2014-2024, dentre outras) e das expectativas de aprendizagem contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Básica arrimada no espírito contemporâneo brasileiro de uma Educação Básica pública iluminada pelos valores do “cuidar” e do “educar” (Emenda nº 59/2009 altera o inciso I do art. 208 da Constituição Federal).



É cediço que o art. 9º da LDB sublinha, inequivocamente, que a Educação Básica deve “*assegurar formação básica comum*”, com vistas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Básica. Ali fica claro o compromisso da sociedade brasileira com uma educação pública que assegure aos estudantes o “desenvolvimento pleno”, o “respeito às diversidades” e a “oportunidade de aprender”.

Existe um arcabouço normativo traçando caminhos necessários para os objetivos e as metas que visam a consubstanciar a Educação Básica Pública como pressupostos de oportunidades e direitos de aprendizagem aos estudantes, direitos esses que não podem ser prejudicados, em que pese as peculiaridades concretas e ponderações principiológicas de efetivação do direito à saúde. Isso, claro, sem se descuidar dos pilares constitucionais do “pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas”, da “garantia do padrão de qualidade” e da conclusão de que é a escola o ambiente por excelência para sua concretização.

Além do acima disposto, mostram-se contrárias à legislação de regência as normas dispostas nos arts. 6º, inciso X, e 18, inciso V, da Resolução CONAD nº 03, de 24 de julho de 2020, especialmente sobre a utilização do ensino “*na modalidade de Ensino à Distância (EaD)*” para garantia do Direito à Educação no contexto sob análise.

O conceito de EaD, conforme se verifica no Decreto nº 2.494, de 10 de fevereiro de 1998, que regulamenta o art. 80 da LDB é o seguinte: “*Educação a distância é uma forma de ensino que possibilita a autoaprendizagem, com a mediação de recursos didáticos sistematicamente organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, utilizados isoladamente ou combinados, e veiculados pelos diversos meios de comunicação* “. Trata-se de modalidade de ensino que não pode se afastar do objetivo de aquisição de competências cognitivas, habilidades e atitudes que promovam o pleno desenvolvimento da pessoa, o exercício da cidadania, além, claro, da qualificação para o trabalho, a depender da etapa de ensino.



Na LDB, Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, o EaD encontra arrimo no art. 5º, §5º que, de forma indireta, dispõe que, “*para o cumprimento da obrigatoriedade de ensino, o Poder Público criará formas alternativas de acesso aos diferentes níveis de ensino, independentemente da escolarização anterior*”. Nessa linha, destaca-se, o complemento normativo é encontrado no art. 32, § 4º, do mesmo diploma legal, cujo teor normativo é o seguinte: “*o ensino fundamental será presencial, sendo o ensino a distância utilizado como complementação da aprendizagem ou em situações emergenciais*”. Seguem essa premissa as normas dispostas nos arts. 38, 40, 63, 80 e 87. Utiliza-se o recorte normativo do ensino fundamental em razão da incontestável inadequação do acolhimento de crianças em comunidades terapêuticas, conforme reconhecido no art. 10 da Resolução CONAD nº 03/2020.

Pois bem. A Lei nº 9.394/1996 determina uma limitação importante de ser ponderada na utilização do EaD, repete-se: para complementação da aprendizagem ou em situações emergenciais. E, mesmo se valendo do EaD nesses exatos limites, a Educação a Distância deve observar pressupostos básicos de qualidade e eficácia, como: **a)** relação aluno professor através de esquemas e instrumentos de acompanhamento a permitir, inclusive, a avaliação de ritmo de aprendizagem e respostas rápidas ao desestímulo a evitar o fracasso escolar (distorção de série, evasão, abandono etc.); **b)** criação de estratégias distintas para indivíduos ou grupos de alunos, com a necessária existência de uma instituição responsável pelo planejamento, pela preparação dos materiais didáticos e pelo fornecimento de apoio ao aluno e gestão de todo o processo; **c)** estruturação de estratégias específicas de avaliação, tanto diagnóstica para início de atividades a distância como avaliações periódicas e sistemas de recomposição de aprendizagem, além dos demais requisitos comuns da oferta de ensino.



Note-se bem, se o EaD é por definição atividade **complementar**, o que se infere da Resolução CONAD nº 3/2020 é que se trata de atividades escolares remotas.

Nessa perspectiva de utilização de conceitos, não é demais repisar que a possibilidade de utilização das atividades escolares remotas para fins de composição do calendário escolar é uma exceção do sistema e vigorou apenas durante o início do contexto pandêmico, até 5 de agosto de 2021, conforme se pode verificar a expressa previsão do art. 1º da Resolução CNE nº 02, de 5 de agosto de 2021:

Art. 1º O retorno à presencialidade das atividades de ensino e aprendizagem, em todos os níveis, etapas, anos/séries e modalidades da educação nacional, é ação educacional prioritária, urgente e, portanto, **imediate**, consideradas as disposições dos Pareceres CNE/CP nº 5/2020, CNE/CP nº 9/2021, CNE/CP nº 11/2020, e CNE/CP nº 19/2020, e da Resolução CNE/CP nº 2/2020, devendo observar os seguintes aspectos, em consonância com o princípio constitucional do pacto federativo e com as diretrizes estaduais, distrital e municipais estabelecidas para o enfrentamento da pandemia (...).

A Resolução supracitada foi sábia em destacar a **urgência** de suas determinações, justamente porque o período de atividades exclusivamente remotas no contexto pandêmico se mostrou extremamente prejudicial para a educação brasileira, criando um cenário de ineficiência de aprendizagem, evasão escolar dentre outros pontos arrimados na premissa básica de que a educação presencial é, de fato, muito melhor em qualidade e efeitos diretos e indiretos do que aquela fornecida por meio remoto.



Desse modo, ao aplicar equivocadamente os conceitos de EaD e atividades escolares remotas, a Resolução CONAD nº 03/2020 incorre em violação do princípio da igualdade constitucional por desconsiderar a diferença qualitativa e de efeitos entre atividades escolares presenciais e remotas, principalmente diante de adolescentes em maior situação de risco (ECA, art. 98).

2.4. Da Rede de Atenção Psicossocial e RDC/ANVISA

É importante reafirmar que o uso de álcool e outras drogas é um problema de saúde pública, cuja assistência no Sistema Único de Saúde é dada pelos equipamentos de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial³. No SUS, a atenção em saúde mental pode ser dada pelos Centros de Atenção Psicossocial, que em alguns casos podem atuar de forma especializada para álcool e outras drogas (CAPS ad) ou para crianças e adolescentes (CAPS i), de acordo com o tamanho do município. Os CAPS não são equipamentos isolados, e atuam com a atenção básica e atenção hospitalar especializada, e também com componentes de atenção residencial em caráter transitório, as unidades de acolhimento, que podem ser destinadas a adultos ou destinadas a crianças e adolescentes.

A atenção a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas depende de um projeto terapêutico que abranja, de forma multidisciplinar e multiprofissional, todos os aspectos da vida do indivíduo e do seu convívio social (família, trabalho e comunidade).

Na saúde mental, a atenção também ocorrerá em diversos equipamentos, dependendo do momento do tratamento e da situação do paciente. Tanto a internação em serviço hospitalar quanto a atenção residencial em caráter transitório são medidas excepcionais; a primeira determinada pela situação médica e a segunda, pela vulnerabilidade social e familiar.

³ Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3 de 28/09/2017. Seção III - Do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas - art. 75 a 83 da Portaria de Consolidação nº 5 de 28/09/2017.



De acordo com a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e que lançou diretrizes sobre a mudança do modelo de atenção à saúde mental, a internação é medida excepcional, e o tratamento deve ocorrer de regra em serviços inseridos na comunidade, a fim de que a restrição à autonomia do indivíduo seja a menor possível e para que não seja privado do convívio social e familiar, como deve ocorrer em qualquer outro tratamento de saúde.

Assim, a internação de um cidadão em um hospital psiquiátrico, ou em uma enfermaria em hospital geral, ou em outra unidade de tratamento, só deve acontecer em hipóteses muito excepcionais e de curta duração, apenas pelo tempo suficiente para que o quadro psiquiátrico agudo se estabilize e no local mais próximo de sua residência.

Desde o início da internação, tanto o serviço de saúde quanto o município internante têm a obrigação de planejar e promover a sua alta, com a referência o serviço de saúde extra hospitalar mais próximo de sua residência, para a continuidade do tratamento e acompanhamento.

Dessa forma, pode-se afirmar que não pode mais ser considerada legítima qualquer internação prolongada de pessoa com distúrbio mental/usuário de álcool ou outras drogas.

Há, ainda, outros casos em que pode haver a necessidade de um acompanhamento terapêutico e protetivo, que será garantido na atenção residencial de caráter transitório, por unidades de acolhimento ou comunidades terapêuticas (art. 9º, I e II, do referido Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03/2017 do Ministério da Saúde). As unidades de acolhimento podem acolher adultos (art. 9º, § 2º, I) ou adolescentes e jovens, de 12 (doze) a 18 (dezoito) anos (art. 9º, § 2º, II). As comunidades terapêuticas são “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” (art. 9º, II).

De acordo com o art. 39 do Anexo V da Portaria de Consolidação MS nº 03/2017, “a Unidade de Acolhimento tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo” (§ 1º) e “deverá articular intersetorialmente a garantia dos direitos de moradia, educação, convivência familiar e social” (§ 2º).

Embora as comunidades terapêuticas também estejam previstas na atenção residencial de caráter transitório da RAPS, repita-se, elas se destinam unicamente para adultos por expressa previsão legal (art. 9º, II, do Anexo V da Portaria de Consolidação MS nº 03/2017).

Infelizmente há um número insuficiente de unidades de acolhimento nos municípios em que vivemos usuários, tanto para adultos quanto para adolescentes, o que tem levado ao acolhimento em comunidades terapêuticas privadas, fora da RAPS, isolando o usuário e o retirando do convívio social e familiar.



Fora da RAPS, há o funcionamento de comunidades terapêuticas privadas, que se submetem às normas sanitárias da ANVISA e que poderiam receber, sob acolhimento, o público adulto. Atualmente, a matéria é regida por Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA, a RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, que deixa claro que qualquer instituição que tenha como atividade a atenção exclusiva ao usuário de álcool e outras drogas em regime de residência, deve atender às disposições nela contidas, independentemente de receberem auxílio financeiro de ente público ou de serem conveniados ao SUS, e que a competência para fiscalização do seu cumprimento é da vigilância sanitária. Além disso, caso ofereçam serviços assistenciais de saúde ou executem procedimentos de natureza clínica distintos dos previstos na resolução, deverão observar, cumulativamente, as normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde (art. 2º, parágrafo único).

É importante notar que a RDC nº 29/2011, além de elencar as regras sobre a organização do serviço, as condições organizacionais, infraestrutura e pessoal, dispõe sobre o processo assistencial, estabelecendo a admissão mediante prévia avaliação diagnóstica (art. 16), a concordância com as normas e rotinas, mesmo em caso de mandado judicial (art. 19, II) e permanência voluntária (art. 19, III) e o “respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira” (art. 19, I).

A fiscalização desses espaços tem se revelado insuficiente para garantir os direitos dos usuários, já que as vigilâncias sanitárias municipais não contam com recursos humanos e materiais suficientes para uma fiscalização frequente das práticas cotidianas, para que se garanta a observância dos direitos dos cidadãos, expressamente dispostos nos arts. 19 e 20 da RDC. O relatório elaborado pelo MPF, CFP e MNPCT no ano de 2018, após fiscalizações realizadas em diversas comunidades terapêuticas de todo o país, constatou que muitas dessas instituições não possuem condições sanitárias adequadas, não estão articuladas com a RAPS local, além de outras violações de



direitos humanos, tais como o trabalho forçado, sanções e indícios de tortura, administração irregular de medicamentos, desrespeito à diversidade de orientação sexual e identidade de gênero, vistorias e revistas pessoais permanentes, utilização de formas contenção pessoal, internação involuntária de idosos, adolescentes e pessoas com sofrimento mental, entre outras.

Dito isso, ressalta-se a relevância do investimento público nos equipamentos da RAPS, a fim de possibilitar a sua efetiva implantação nos diferentes municípios e regiões do país e a relevância da atuação ministerial para a cobrança, junto aos gestores públicos federal, estaduais e municipais, da adequada estruturação dos equipamentos de saúde mental previstos na normativa. A par disso, considerando que cumpre ao Ministério Público a função de fiscalização das entidades governamentais e não-governamentais que atendem crianças e adolescentes (art. 95 da Lei nº 8.069/1990), mostra-se indispensável a atuação ministerial na fiscalização de todo e qualquer equipamento que promova o acolhimento/internação de crianças e adolescentes, a fim de avaliar o adequado cumprimento dos direitos infantojuvenis.



3. CONCLUSÃO

Destarte, e pelas razões expostas, este Conselho Nacional de Procuradores-Gerais do Ministério Público dos Estados e da União (CNPGE) reconhece que a presente nota - que não se pretende neste momento como esgotada avaliação técnico-jurídica do texto em tramitação - busca explicitar a profunda preocupação do Ministério Público brasileiro em relação ao acolhimento infantojuvenil em comunidades terapêuticas, bem como apresentar subsídios e orientações para a atuação do Ministério Público na defesa dos direitos de crianças e adolescentes.

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 Infantojuvenil, entre outros equipamentos da rede, conforme previsto na Portaria de Consolidação nº 03/2017, do Ministério da Saúde, acompanhado de um atendimento intersetorial e integrado das redes de saúde, de assistência social e de educação do município.



Cabe ao Ministério Público, no exercício da função imposta pelo art. 95 da Lei nº 8.069/1990, realizar a fiscalização de todo e qualquer equipamento que importeno acolhimento de crianças e adolescentes, a fim de salvaguardar os direitos desse público.

No exercício de sua função institucional (art. 129, II, da Constituição Federal), compete ao Ministério Público Federal e aos Ministérios Públicos Estaduais adotar providências para fomentar junto aos gestores públicos federal, estaduais e municipais a adequada estruturação da rede de atenção psicossocial (RAPS), a fim de assegurar o cumprimento do direito fundamental à saúde, sobretudo de crianças e adolescentes.

Brasília/DF, 30 de novembro de 2022.

NORMA ANGÉLICA REIS CARDOSO CAVALCANTI

Presidente do Conselho Nacional de Procuradores Gerais do Ministério Público dos Estados e da União – CNPG

LUCIANA GOMES
FERREIRA DE
ANDRADE:27905751856

Assinado de forma digital por LUCIANA GOMES FERREIRA DE ANDRADE:27905751856
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v2, ou=AC SOLUTI, ou=AC SOLUTI Multipla, ou=34097846000103, ou=Certificado PF A3, cn=LUCIANA GOMES FERREIRA DE ANDRADE:27905751856
Dados: 2022.12.01 17:47:42 -0300'

LUCIANA GOMES FERREIRA DE ANDRADE

Presidente do Grupo Nacional de Direitos Humanos – GNDH