

ENTRE O CUIDADO EM LIBERDADE E A PROTEÇÃO INTEGRAL: LIMITES JURÍDICOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA OU TRANSTORNOS MENTAIS

Eduardo Sens dos Santos¹

Artur Brandes de Azevedo Ferreira²

Sophia de Lima Batista³

Resumo: Os autores examinam a proteção jurídica de crianças e adolescentes com deficiência ou transtornos mentais, delimitando os limites da institucionalização e distinguindo cuidado em saúde de acolhimento socioassistencial. A partir da evolução normativa brasileira, analisam a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a Rede de Atenção Psicossocial, a Residência Inclusiva e os serviços de acolhimento do Sistema Único de Assistência Social, para demonstrar que deficiência, sofrimento psíquico ou uso problemático de substâncias não autorizam a inserção em estruturas atípicas, híbridas ou voltadas a adultos. Sustentam que a internação psiquiátrica infantojuvenil é medida terapêutica excepcional, dependente de laudo médico circunstanciado, avaliação técnica preferencialmente interprofissional, participação da criança ou adolescente e duração limitada à estabilização clínica. Concluem que entidades autodeclaradas como abrigos para esse público, quando desvinculadas das políticas públicas tipificadas, são irregulares do ponto de vista jurídico e exigem fiscalização, regularização, reordenação ou descontinuidade planejada, com atendimento individualizado, territorializado e compatível com a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

Palavras-chave: Criança e adolescente. Pessoa com deficiência. Transtorno mental. Acolhimento institucional. Saúde mental. Sistema Único de Saúde. Sistema Único de Assistência Social.

Sumário: Introdução; 1. Breve histórico do tratamento jurídico destinado às pessoas com deficiência e com transtornos mentais; 2. Estabelecimentos de saúde para

¹ Mestre em Direito do Estado pela Universidade Federal de Santa Catarina. Promotor de justiça. Coordenador dos Centros de Apoio de Direitos Humanos e de Saúde Pública do Ministério Público de Santa Catarina.

² Auxiliar do Ministério Público de Santa Catarina no Centro de Apoio Operacional da Saúde Pública.

³ Bacharel em Direito pela UFSC e Residente do Ministério Público de Santa Catarina no Centro de Apoio Operacional da Saúde Pública.

atendimento de crianças e adolescentes com deficiência ou com transtornos mentais; 2.1 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD); 2.2 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); 2.2.1 Unidades de Acolhimento; 2.2.2 Comunidades Terapêuticas; 2.2.3 Serviços Residenciais Terapêuticos; 2.2.4 Atenção hospitalar e internação psiquiátrica de crianças e adolescentes; 3. Residência Inclusiva: serviço de acolhimento institucional no âmbito da política de assistência social (SUAS); 4. Serviços de acolhimento de crianças e adolescentes no âmbito do SUAS; 5. Instituições autodeclaradas como “abrigo institucional” para crianças e adolescentes com transtornos mentais: ausência de tipificação e irregularidade jurídica; 6. Considerações finais; 7. Teses centrais; 8. Lista de siglas; 9. Referências.

Introdução

A proteção jurídica de crianças e adolescentes com deficiência ou transtornos mentais exige interpretação articulada dos princípios da dignidade da pessoa humana, da proteção integral, da prioridade absoluta, do cuidado em liberdade e do direito à convivência familiar e comunitária. Também demanda atenção às diretrizes que estruturam as políticas públicas de saúde e de assistência social. O tema assume especial relevância quando deficiência, sofrimento psíquico, uso problemático de substâncias, vulnerabilidade social ou necessidade de cuidado contínuo são utilizados como justificativa para institucionalizações prolongadas, encaminhamento a serviços inadequados ao público infantojuvenil ou manutenção de entidades sem enquadramento normativo claro.

O presente artigo tem por objetivo delimitar os serviços aptos ao atendimento de crianças e adolescentes com deficiência ou transtornos mentais, distinguindo cuidado em saúde, acolhimento socioassistencial, internação hospitalar excepcional, moradias assistidas e serviços residenciais voltados a outros públicos. Para tanto, adota-se perspectiva jurídico-dogmática, mediante revisão normativa e sistematização das redes de atendimento, com especial atenção à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A análise inicia-se com breve histórico do tratamento jurídico conferido às pessoas com deficiência e com transtornos mentais no Brasil, evidenciando a superação gradual de práticas tutelares, medicalizantes e segregadoras. Em seguida, examinam-se os pontos de atenção do SUS relacionados ao cuidado em saúde, especialmente a RCPD e a RAPS, incluindo Unidades de Acolhimento, Comunidades Terapêuticas, Serviços Residenciais Terapêuticos e atenção hospitalar. O texto também aborda a Residência Inclusiva e os serviços de acolhimento de crianças e adolescentes no SUAS, a fim de demonstrar que cada modalidade possui finalidade, público-alvo e requisitos próprios, não podendo ser

utilizada como resposta genérica a situações de vulnerabilidade social, deficiência ou sofrimento psíquico.

Ao final, examina-se a irregularidade jurídica de instituições autodeclaradas como “abrigos institucionais” para crianças e adolescentes com transtornos mentais, quando não correspondem às tipificações existentes nas políticas públicas. Sustentase que a eventual necessidade de cuidado em saúde mental deve ser atendida pela rede própria, enquanto o afastamento familiar, quando indispensável, deve observar exclusivamente as modalidades previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente e na política socioassistencial, com fiscalização dos órgãos competentes e construção de fluxos intersetoriais de proteção.

1. Breve histórico do tratamento jurídico destinado às pessoas com deficiência e com transtornos mentais

No Brasil, entre os séculos XVI e XX, o tratamento dispensado às pessoas com deficiência e com transtornos mentais foi marcado por isolamento doméstico, institucionalização e práticas asilares em Santas Casas de Misericórdia, prisões e hospitais psiquiátricos. A criação do Hospício Dom Pedro II, em 1841, expressa a concepção então vigente de que deficiência intelectual e loucura se confundiam, legitimando respostas centradas na segregação.⁴ As instituições filantrópicas de origem religiosa, especialmente as Santas Casas, estruturaram formas iniciais de acolhimento, como a “Roda dos Expostos” (1726- 1960), voltadas sobretudo a crianças abandonadas. Embora apresentadas como medidas de proteção, inseriam-se em um contexto de controle social, precariedade assistencial e ausência de políticas públicas estruturadas, com frequente afastamento de pessoas consideradas incapazes, pobres ou perigosas do convívio familiar e comunitário.⁵

Na segunda metade do século XIX e no início do século XX, surgiram iniciativas educacionais e assistenciais específicas, como o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, atual Instituto Benjamin Constant, o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos, atual INES, e os Institutos Pestalozzi. Ainda assim, predominou o modelo biomédico, centrado na reabilitação, na normalização e na tutela, com pouca ênfase na inclusão social⁶. A partir das décadas de 1950 e 1960, a expansão de instituições especializadas buscou suprir lacunas estatais, mas manteve, em grande medida, a lógica segregadora. Paralelamente, movimentos sociais de pessoas com deficiência passaram a questionar esse paradigma, impulsionando a transição para o modelo social, que reconhece as

⁴ HISTÓRIA, 2010; SOUZA, 2026;

⁵ IRMANDADE, [s.d.]; SOUZA, 2026;

⁶ BATISTA, 2023; HISTÓRIA, 2010;

barreiras sociais como fator central da exclusão⁷. A Constituição Federal de 1988 marcou a mudança normativa ao assegurar igualdade, acessibilidade, direitos fundamentais e proteção contra discriminação. No campo da saúde mental, a Lei nº 10.216/2001 redirecionou o modelo assistencial, priorizando o cuidado territorial e comunitário em substituição à institucionalização prolongada. Nas décadas seguintes, a incorporação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Lei nº 12.764/2012 e a Lei Brasileira de Inclusão reforçaram a autonomia, a participação social, a acessibilidade, a inclusão educacional e o reconhecimento das pessoas com deficiência e com transtorno do espectro autista como sujeitos de direitos⁸. Esse percurso revela a transição de um modelo fundado na segregação, na medicalização e na tutela para outro orientado pela inclusão, pela autonomia, pelo cuidado em liberdade e pela proteção integral. Apesar dos avanços, persistem desafios na garantia de cuidado contínuo, apoio familiar e serviços comunitários adequados, o que justifica o exame dos limites da institucionalização e o fortalecimento de políticas públicas fundadas na dignidade e na participação social.

2. Estabelecimentos de saúde para atendimento de crianças e adolescentes com deficiência ou com transtornos mentais

A legislação vigente admite a organização de estabelecimentos de saúde para o atendimento de crianças e adolescentes com deficiência ou com transtornos mentais. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), esse cuidado deve ocorrer de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), observadas as especificidades da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essas redes orientam a oferta de serviços conforme as necessidades do público atendido e os limites próprios de cada ponto de atenção⁹.

2.1 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), regulamentada pelo Anexo VI da Portaria de Consolidação MS/GM nº 3/2017, organiza o cuidado em saúde das pessoas com deficiência no SUS, com base no respeito aos direitos humanos, na autonomia, independência e liberdade de escolha, na universalidade e equidade do acesso, no enfrentamento de estigmas, preconceitos e práticas capacitistas e na garantia do cuidado integral¹⁰.

A RCPD adota atenção humanizada, centrada nas necessidades da pessoa com deficiência e orientada pela clínica ampliada, pelo desenvolvimento de potencialidades

⁷ BATISTA, 2023; HISTÓRIA, 2010

⁸ BRASIL, 2001; BRASIL, 2012; BRASIL, 2015; BATISTA, 2023; HISTÓRIA, 2010

⁹ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025;

¹⁰ BRASIL, 2017; MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025

e pela consideração das singularidades e interseccionalidades. Também prevê telessaúde, ações intersetoriais e interinstitucionais, participação social de usuários, familiares e cuidadores, qualificação permanente dos profissionais, fomento à pesquisa e à inovação em tecnologia assistiva e eliminação de barreiras de acesso aos serviços de saúde¹¹.

Seus objetivos abrangem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, habilitação, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos, além da identificação precoce de agravos e fatores de risco, da prevenção de impedimentos de longo prazo e da ampliação da funcionalidade, autonomia e inclusão social. A rede também busca ampliar o acesso a órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, organizar fluxos assistenciais, monitorar a qualidade dos serviços, disponibilizar informações sobre direitos e implementar ações de enfrentamento ao capacitismo, prevenção de violências e promoção da cultura de paz¹².

No plano organizacional, a RCPD estrutura-se em três componentes: Atenção Primária à Saúde, responsável pelo cuidado básico, identificação precoce, registro e acompanhamento dos usuários e articulação da rede; Atenção Especializada Ambulatorial, composta por serviços de referência, reabilitação, Centros Especializados em Reabilitação (CER), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Oficinas Ortopédicas; e Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência, correspondente aos serviços hospitalares existentes¹³.

Dessa estrutura decorre que a RCPD não prevê pontos de atenção destinados ao acolhimento de longa permanência para pessoas com deficiência, inclusive crianças e adolescentes. O cuidado integral em saúde ocorre predominantemente de forma ambulatorial e não residencial, admitindo-se internação hospitalar apenas de modo excepcional e temporário, quando necessária à recuperação da saúde¹⁴.

2.2 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) destina-se a assegurar acesso, atenção integral e tratamento às pessoas em sofrimento psíquico ou com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Seu fundamento normativo principal é a Lei nº 10.216/2001, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, antes centrado

¹¹ BRASIL, 2017; MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025

¹² MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025

¹³ BRASIL, 2017;

¹⁴ BRASIL, 2017; MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025

em grandes instituições hospitalares, para práticas de base territorial, comunitária e orientadas pela cidadania, pelos direitos humanos e pela inclusão social¹⁵.

Ao substituir o paradigma da internação pelo cuidado em liberdade, a legislação assegura tratamento humanizado, preferencialmente por meios menos invasivos, com prioridade à inserção familiar, laboral e comunitária. Em consonância com esses princípios, a RAPS, estruturada pelo Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde, organiza serviços em diferentes níveis de complexidade, de forma articulada em rede, para atendimento de pessoas com transtornos mentais e demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas¹⁶.

A RAPS compreende componentes interligados: Atenção Básica; Atenção Psicossocial, composta pelos Centros de Atenção Psicossocial; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial em Caráter Transitório, que inclui Unidades de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial; Atenção Hospitalar, com leitos de psiquiatria em hospitais gerais e serviços hospitalares de referência; Estratégia de Desinstitucionalização, por meio dos Serviços Residenciais Terapêuticos; e Estratégias de Reabilitação Psicossocial, voltadas à inclusão social, ao trabalho, à geração de renda e a iniciativas solidárias¹⁷.

Dentre esses componentes, apenas a Atenção Residencial em Caráter Transitório, a Estratégia de Desinstitucionalização e a Atenção Hospitalar admitem permanência do usuário em regime residencial ou de internação. As Unidades de Acolhimento oferecem cuidado contínuo, funcionamento ininterrupto e ambiente residencial a pessoas em vulnerabilidade social e familiar decorrente do uso de álcool e outras drogas, pelo prazo máximo de seis meses; organizam-se em modalidade adulta e infantojuvenil, está destinada a adolescentes e jovens entre doze e dezoito anos incompletos. Já os Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre eles as Comunidades Terapêuticas Médicas, destinam-se ao acolhimento transitório, por até nove meses, de adultos com quadro clínico estável relacionado ao uso de substâncias psicoativas¹⁸.

2.2.1 Unidades de Acolhimento

As Unidades de Acolhimento (UA) destinam-se a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social ou familiar, que necessitem de acompanhamento terapêutico e proteção.

¹⁵ BRASIL, 2001; MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025;

¹⁶ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025

¹⁷ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025

¹⁸ BRASIL, 2017;

Oferecem acolhimento voluntário, cuidados contínuos de saúde, caráter residencial transitório, funcionamento ininterrupto e prazo de permanência de até seis meses¹⁹.

Organizam-se em duas modalidades: Unidade de Acolhimento Adulto, para maiores de dezoito anos, de ambos os sexos, em municípios ou regiões com população igual ou superior a 200.000 habitantes; e Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, para crianças e adolescentes entre doze e dezoito anos incompletos, também de ambos os sexos, em municípios ou regiões com população igual ou superior a 100.000 habitantes. O tempo de permanência e as intervenções devem constar de Projeto Terapêutico Singular elaborado pelo CAPS de referência, com participação da própria UA, e o serviço pode ser instituído por Estados, Municípios ou Distrito Federal, como unidade pública ou em parceria com entidades sem fins lucrativos, observadas as exigências da Portaria de Consolidação nº 3/2017²⁰.

2.2.2 Comunidades Terapêuticas

Os Serviços de Atenção em Regime Residencial, nos quais se incluem as Comunidades Terapêuticas (CTs), destinam-se ao acolhimento transitório, por até nove meses, de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, desde que em condições clínicas estáveis²¹. Para sua compreensão, é necessário distinguir as Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, simples ou típicas, das Comunidades Terapêuticas Médicas. As primeiras, regidas pela RDC nº 29/2011 da ANVISA e pela Resolução nº 1/2015 do CONAD, não realizam intervenções terapêuticas dependentes de profissionais de saúde, não são classificadas como serviços de saúde ou de assistência social e figuram apenas como serviços de interesse para a saúde; as segundas são serviços de saúde mental, com responsabilidade técnica médica, exigências sanitárias mais rigorosas e inclusão como ponto de atenção da RAPS, originalmente pela Portaria nº 3.088/2011 e, depois, pela Portaria de Consolidação nº 3/2017²².

Embora a atuação privada dessas entidades no acolhimento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas seja historicamente consolidada, sua regulamentação estruturada é recente e ainda revela lacunas quanto à natureza institucional das CTs acolhedoras. Essa distinção é relevante para evitar que modelos diversos sejam tratados como equivalentes e para impedir que serviços sem natureza sanitária sejam utilizados como substitutos de cuidado em saúde mental ou de acolhimento socioassistencial tipificado.

¹⁹ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025;

²⁰ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025;

²¹ BRASIL, 2011; BRASIL, 2015;

²² BRASIL, 2011; BRASIL, 2017;

Quanto ao atendimento de adolescentes, a Resolução CONAD nº 3/2020 passou a prever o acolhimento em Comunidades Terapêuticas, mas foi amplamente questionada por incompatibilidade com a Política Nacional de Saúde Mental, a Lei nº 10.216/2001 e o Estatuto da Criança e do Adolescente, tendo sido declarada ilegal em ação civil pública ajuizada pelas Defensorias Públicas²³. No mesmo sentido, a Nota Técnica nº 12/2022 do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais do Ministério Público dos Estados e da União firmou entendimento de que não há previsão legal nem compatibilidade para o acolhimento de crianças e adolescentes em Comunidades Terapêuticas, por se tratarem de entidades voltadas a adultos e com metodologias que podem afastar a convivência familiar e comunitária²⁴.

Assim, o tratamento de crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ocorrer no âmbito da RAPS, preferencialmente em serviços comunitários, como os CAPS, com prioridade ao cuidado ambulatorial. Em situações excepcionais de vulnerabilidade social ou familiar, admite-se acolhimento em Unidades de Acolhimento Infantojuvenil ou em outros dispositivos previstos na Portaria de Consolidação nº 3/2017, sempre com articulação intersetorial entre saúde, assistência social e educação²⁵. Cabe ao Ministério Público fiscalizar instituições que realizem acolhimento de crianças e adolescentes, nos termos do art. 95 do Estatuto da Criança e do Adolescente, dialogando com gestores para fortalecer a RAPS e assegurar o direito fundamental à saúde da população infantojuvenil²⁶.

2.2.3 Serviços Residenciais Terapêuticos

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), integrantes da Estratégia de Desinstitucionalização da RAPS, são moradias destinadas a pessoas egressas de internações psiquiátricas de longa permanência, inclusive em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. Seu objetivo é assegurar cuidado integral substitutivo à internação, promovendo direitos, autonomia, cidadania, reabilitação psicossocial e inclusão social progressiva de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas que permaneceram institucionalizadas por longos períodos²⁷.

No SUS, os SRTs pressupõem histórico de internações prolongadas, em geral superiores a dois anos, bem como inexistência, fragilidade ou ruptura de vínculos familiares. Funcionam como dispositivos de moradia da rede de saúde mental e subdividem-se em

²³ BRASIL, 1990; BRASIL, 2001; BRASIL, 2020;

²⁴ CNPG, 2022;

²⁵ BRASIL, 2017; CNPG, 2022;

²⁶ BRASIL, 1990;

²⁷ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025;

Tipo I e Tipo II, conforme o grau de dependência dos residentes e suas necessidades de cuidado²⁸.

Os SRTs Tipo I destinam-se a pessoas em processo de desinstitucionalização, com até oito moradores por unidade, vinculadas a serviço ou equipe de saúde mental de referência, responsável pelo suporte técnico, acompanhamento dos projetos terapêuticos individuais, reabilitação psicossocial e inserção em atividades sociais, como trabalho, educação e lazer. Os SRTs Tipo II, por sua vez, atendem pessoas com transtorno mental e maior grau de dependência, especialmente por comprometimentos físicos associados, com necessidade de cuidados permanentes e específicos, admitindo até dez moradores por unidade e devendo constar do projeto terapêutico elaborado no processo de desospitalização²⁹.

A inclusão dos SRTs no SUS exige integração obrigatória à rede pública, vinculação técnica a serviço ambulatorial especializado em saúde mental, gestão preferencialmente local, iniciativa do gestor público e observância dos requisitos sanitários aplicáveis. A normativa admite funcionamento por entidades sem fins lucrativos ou parcerias com organizações não governamentais e pessoas físicas, inclusive em arranjos semelhantes a famílias acolhedoras, desde que haja projeto terapêutico aprovado e supervisão técnica adequada³⁰.

Embora não haja vedação expressa ao atendimento de crianças e adolescentes em SRTs, esses dispositivos não são adequados ao público infantojuvenil, pois se destinam à desinstitucionalização de pessoas submetidas a longas internações, lógica incompatível com a proteção integral, a prioridade absoluta e a disciplina própria do acolhimento de crianças e adolescentes no Estatuto da Criança e do Adolescente, que privilegia a convivência familiar e comunitária e modalidades socioassistenciais específicas³¹.

2.2.4 Atenção hospitalar e internação psiquiátrica de crianças e adolescentes

A Atenção Hospitalar, no âmbito da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), compreende leitos de saúde mental em hospitais gerais e serviços hospitalares de referência, destinados a casos de maior gravidade relacionados a transtornos mentais ou ao uso de álcool e outras drogas que demandem suporte hospitalar. Esses pontos de atenção destinam-se ao tratamento de quadros agudos, como crises psíquicas, abstinências e intoxicações severas, funcionando como retaguarda clínica de curta duração, com

²⁸ BRASIL, 2017

²⁹ BRASIL, 2017;

³⁰ BRASIL, 2017;

³¹ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025;

equipe multiprofissional, articulação permanente com os CAPS e demais serviços da rede e elaboração ou continuidade do Projeto Terapêutico Singular³².

A utilização de hospitais psiquiátricos somente é admitida de forma excepcional e transitória em regiões onde a RAPS ainda não esteja suficientemente estruturada, devendo-se priorizar a expansão e qualificação dos serviços substitutivos, em consonância com a reforma psiquiátrica. Em qualquer hipótese, os serviços hospitalares submetem-se à Lei nº 10.216/2001, que prioriza o cuidado extrahospitalar e estabelece que a internação psiquiátrica só se justifica quando esgotadas as alternativas ambulatoriais e comunitárias e quando necessária à estabilização clínica³³.

A legislação prevê três modalidades de internação psiquiátrica: voluntária, com consentimento do paciente; involuntária, sem consentimento do usuário e mediante solicitação de terceiro, sem necessidade de autorização judicial; e compulsória, dependente de determinação judicial e reservada a situações excepcionais. No tratamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, a Lei nº 11.343/2006, alterada pela Lei nº 13.840/2019, também prioriza o atendimento ambulatorial em rede e a reinserção social, admitindo a internação apenas como medida excepcional, preferencialmente voluntária ou involuntária³⁴.

A internação involuntária exige formalização por médico responsável, justificativa da necessidade, demonstração da insuficiência das alternativas terapêuticas, prazo máximo de noventa dias e possibilidade de alta a qualquer tempo por solicitação da família ou do representante legal. As internações voluntárias e involuntárias devem ser comunicadas, em até setenta e duas horas, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e aos órgãos de fiscalização competentes. A internação psiquiátrica não pode ocorrer em Comunidades Terapêuticas acolhedoras, que não se caracterizam como estabelecimentos de saúde³⁵.

No caso de crianças e adolescentes, a internação deve limitar-se ao tempo estritamente necessário à estabilização clínica, com continuidade prioritária em serviços extra-hospitalares da RAPS, preservação dos vínculos familiares e comunitários e observância da proteção integral e da prioridade absoluta. A medida somente se justifica quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes, pelo menor tempo possível e preferencialmente em hospitais gerais ou serviços substitutivos. Ainda que breve, a passagem por hospital psiquiátrico pode produzir estigma e rupturas de vínculos, razão

³² BRASIL, 2017;

³³ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025;

³⁴ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025;

³⁵ BRASIL, 2001; BRASIL, 2017;

pela qual o cuidado deve privilegiar a escuta, o acolhimento do sofrimento, a redução da angústia e a construção de possibilidades familiares, sociais e comunitárias³⁶.

A avaliação para eventual internação não deve restringir-se ao ato médico isolado. Embora a Lei nº 10.216/2001 exija laudo médico circunstanciado, recomenda-se avaliação interprofissional, inclusive para aferir a capacidade de discernimento da criança ou do adolescente, sua compreensão da situação e subsidiar o Projeto Terapêutico Singular. Devem ser assegurados o direito de participação e a oitiva da criança ou adolescente; quanto às crianças, conforme estágio de desenvolvimento e grau de compreensão, preferencialmente por equipe interprofissional; quanto aos adolescentes, com especial consideração ao consentimento, sem prejuízo de intervenção judicial quando tecnicamente indicada e houver conflito, recusa ou ausência dos responsáveis³⁷.

Nas situações sem urgência ou emergência, a indicação de internação deve decorrer de avaliação médica circunstanciada e, sempre que possível, interprofissional, após verificação da insuficiência dos recursos extra-hospitalares. Para crianças e adolescentes, a definição das modalidades de internação psiquiátrica deve observar a idade e a capacidade de manifestação de vontade. Para crianças e adolescentes menores de 16 anos, não se admite a internação voluntária, de modo que eventuais internações serão necessariamente enquadradas nas modalidades involuntária ou compulsória, conforme a situação concreta e a necessidade de proteção do direito à saúde. Já em relação aos adolescentes com 16 anos ou mais, admite-se a internação voluntária, desde que haja consentimento expresso do próprio adolescente, aliado à anuência de seu responsável legal. Nesses casos, portanto, podem ser admitidas as três modalidades de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória, devendo-se sempre considerar a manifestação de vontade do adolescente e a necessidade de controle judicial quando indispensável à garantia de seus direitos à saúde. Em urgências ou emergências, a resposta deve ocorrer prioritariamente pela rede de atenção às urgências, com SAMU, pronto atendimento, hospital geral, CAPS III ou outro ponto adequado, conforme a regulação local; a internação involuntária somente se admite excepcionalmente quando a tramitação judicial for incompatível com a intervenção imediata, com comunicação aos órgãos competentes e reavaliação contínua³⁸.

Em qualquer modalidade, não compete ao Ministério Público ou ao Poder Judiciário definir prazo de internação, tipo específico de tratamento ou alta clínica, matérias dependentes de avaliação técnica da equipe de saúde. Sua atuação deve concentrar-se

³⁶ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025;

³⁷ BRASIL, 1990; BRASIL, 2001; BRASIL, 2017;

³⁸ BRASIL, 2001; BRASIL, 2017; MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2014;

na garantia de acesso ao tratamento adequado, na fiscalização da legalidade da medida, na proteção contra abusos e na articulação da rede para assegurar continuidade do cuidado após a desinternação³⁹.

Infográfico dos serviços de saúde analisados nos itens 2.1 e 2.2:



Fonte: Elaboração própria

3. Residência Inclusiva: serviço de acolhimento institucional no âmbito da política de assistência social (SUAS)

A Residência Inclusiva não é modalidade adequada de acolhimento institucional para crianças e adolescentes. Trata-se de serviço socioassistencial voltado à moradia e proteção social de pessoas com deficiência, razão pela qual sua análise exige distinguir deficiência e transtorno mental: a primeira, nos termos da Lei nº 13.146/2015, envolve impedimentos de longo prazo que, em interação com barreiras, podem obstruir a participação social em igualdade de condições, devendo ser caracterizada mediante avaliação biopsicossocial; o segundo abrange alterações de pensamentos, percepções, emoções ou comportamentos que podem afetar relações sociais e demandar cuidado em saúde mental. Na ausência de deficiência, eventual necessidade de cuidado em

³⁹ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2014;

saúde mental deve ser atendida pela RAPS, inclusive por Serviços Residenciais Terapêuticos, quando presentes seus pressupostos normativos⁴⁰.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei Brasileira de Inclusão asseguram o direito à moradia digna e à vida independente. Nesse contexto, a Residência Inclusiva, no âmbito do SUAS e da Proteção Social Especial de Alta Complexidade, destina-se a jovens e adultos com deficiência em situação de dependência, vínculos familiares fragilizados e vulnerabilidade social, recomendando-se unidades com até dez residentes e diferentes níveis de autonomia⁴¹.

Seu público-alvo restringe-se a maiores de dezoito anos, inexistindo previsão para acolhimento de crianças e adolescentes. O serviço tem caráter provisório, visa à reconstrução de vínculos e ao acesso a direitos, e o ingresso depende de concordância do usuário, avaliação biopsicossocial e elaboração de Plano Individual de Atendimento. Pode ser ofertado por entes públicos ou por entidades privadas sem fins lucrativos vinculadas ao Poder Público, vedada a exploração lucrativa por força das diretrizes da assistência social⁴².

Cabe ao Ministério Público fiscalizar essas instituições e coibir práticas asilares ou funcionamento em desconformidade com as normas aplicáveis. Nessas hipóteses, recomenda-se a regularização ou reordenação do serviço e, se inviável, sua descontinuidade planejada, com realocação gradual e individualizada dos residentes⁴³.

4. Serviços de acolhimento de crianças e adolescentes no âmbito do SUAS

Quando necessário o afastamento do núcleo familiar, o acolhimento de crianças e adolescentes deve ocorrer exclusivamente nas modalidades previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais: família acolhedora, abrigo institucional ou casa-lar, independentemente da existência de deficiência, transtorno mental, sofrimento psíquico ou uso problemático de substâncias⁴⁴.

O acolhimento institucional é medida protetiva excepcional, provisória, sem privação de liberdade e voltada à reintegração familiar ou, quando inviável, à colocação em família substituta. Inseridos na Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS, esses serviços podem ser ofertados por unidades públicas ou por entidades sem fins

⁴⁰ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025;

⁴¹ BRASIL, 1993; BRASIL, 2009; BRASIL, 2015; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007;

⁴² BRASIL, 2015;

⁴³ BRASIL, 2015;

⁴⁴ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025;

lucrativos, devendo observar as Orientações Técnicas aprovadas pela Resolução Conjunta CONANDA/CNAS nº 1/2009, especialmente a provisoriedade, o fortalecimento de vínculos, o atendimento individualizado e a proximidade da residência da família sempre que possível⁴⁵.

É irregular o acolhimento em instituições não previstas ou desvinculadas das políticas públicas, pois compromete a proteção integral, a convivência familiar e comunitária, o desenvolvimento adequado e a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Assim, o acolhimento deve observar rigorosamente o ECA e as normas do SUAS, vedada a utilização de estruturas informais, híbridas ou atípicas como resposta genérica a situações de vulnerabilidade social, deficiência ou sofrimento psíquico⁴⁶.

A existência de sofrimento psíquico, transtorno mental ou uso problemático de substâncias não transforma o acolhimento socioassistencial em substituto de cuidado em saúde mental, nem autoriza permanência prolongada em instituições atípicas. Quando houver necessidade de tratamento, o encaminhamento deve priorizar a RAPS e os recursos extra-hospitalares; quando houver risco social ou familiar que justifique afastamento excepcional, devem ser observadas exclusivamente as modalidades do SUAS e as garantias do ECA. Medidas como internação psiquiátrica ou acolhimento em Unidade de Acolhimento Infantojuvenil são hipóteses próprias da rede de saúde e não se confundem com acolhimento institucional socioassistencial⁴⁷.

5. Instituições autodeclaradas como “abrigo institucional” para crianças e adolescentes com transtornos mentais: ausência de tipificação e irregularidade jurídica

No contexto da proteção integral, a natureza e a finalidade das entidades que atendem crianças e adolescentes devem ser definidas a partir das tipificações legais e regulamentares do SUS, do SUAS e do ECA, e não da denominação adotada pela própria instituição. Assim, expressões como “abrigo institucional para crianças e adolescentes com transtornos mentais”, quando não correspondem a serviço previsto nas políticas públicas de saúde ou assistência social, revelam desconformidade normativa e dificultam a correta inserção na rede de atendimento e nos mecanismos de regulação e controle⁴⁸.

No campo socioassistencial, o acolhimento de crianças e adolescentes somente pode ocorrer nas modalidades previstas no ECA e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais: família acolhedora, abrigo institucional e casa-lar. Não há previsão

⁴⁵ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025;

⁴⁶ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025;

⁴⁷ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2025;

⁴⁸ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2014;

normativa para estruturas de acolhimento definidas a partir de condições de saúde, deficiência ou diagnóstico psiquiátrico. No campo da saúde, por sua vez, os serviços são organizados em redes com finalidades específicas, como a RAPS e a RCPD, inexistindo abrigo genérico ou acolhimento de longa permanência para esse público⁴⁹.

A natureza jurídica, sanitária ou socioassistencial do serviço deve decorrer da atividade efetivamente desenvolvida, considerando práticas institucionais, equipe, características do atendimento e inserção nas redes públicas competentes. Códigos administrativos, como CNAE, ou nomenclaturas próprias não bastam para validar o serviço. A manutenção de entidades híbridas, atípicas ou sem definição normativa compromete a segurança jurídica, dificulta a fiscalização e amplia o risco de violações à proteção integral, à prioridade absoluta, à convivência familiar e comunitária e ao cuidado em liberdade.

Eventual necessidade de tratamento em saúde mental deve ser atendida pela RAPS, e eventual afastamento familiar deve observar as modalidades socioassistenciais próprias. A internação psiquiátrica, quando indispensável, não se confunde com acolhimento institucional: depende de indicação terapêutica, avaliação técnica, laudo médico circunstanciado, caráter excepcional e duração limitada ao tempo estritamente necessário, enquanto o acolhimento socioassistencial tem finalidade protetiva, provisória e voltada à reintegração familiar ou à colocação em família substituta.

Diante disso, as instituições devem adequar sua natureza e finalidade, promovendo regularização junto aos órgãos competentes, reordenação das atividades ou, se inviável, descontinuidade planejada. Em qualquer hipótese, crianças e adolescentes devem ser encaminhados de modo individualizado à rede pertinente, mediante articulação entre saúde, assistência social, educação e sistema de garantia de direitos. Cabe aos órgãos de controle, especialmente ao Ministério Público, fiscalizar, coibir práticas irregulares e induzir fluxos intersetoriais capazes de assegurar atendimento compatível com a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

6. Considerações finais

A proteção jurídica de crianças e adolescentes com deficiência ou transtornos mentais deve ser orientada pela máxima efetividade dos direitos fundamentais, pela proteção integral, pela prioridade absoluta, pelo cuidado em liberdade e pela convivência familiar e comunitária. A evolução normativa brasileira superou progressivamente modelos tutelares, segregadores e medicalizantes, impedindo que deficiência, sofrimento psíquico ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas justifiquem, por

⁴⁹ BRASIL, 1990; BRASIL, 2009; MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA, 2014;

si só, afastamento familiar, institucionalização prolongada ou inserção em serviços residenciais inadequados ao público infantojuvenil.

A RCPD e a RAPS oferecem parâmetros para o cuidado em saúde, mas não substituem as modalidades de acolhimento previstas no ECA e no SUAS. A RCPD não prevê acolhimento residencial de longa permanência, e os dispositivos da RAPS — como Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos, Comunidades Terapêuticas e leitos hospitalares — possuem finalidades específicas, transitórias ou excepcionais, não podendo ser convertidos em resposta genérica à vulnerabilidade social ou à ausência de suporte familiar.

No campo da saúde mental, a internação psiquiátrica infantojuvenil deve permanecer medida terapêutica excepcional, fundada em finalidade clínica, laudo médico circunstanciado, avaliação técnica preferencialmente interprofissional, participação da criança ou adolescente e duração limitada ao tempo estritamente necessário à estabilização. Em urgências ou emergências, a resposta deve priorizar a rede de atenção às urgências e os pontos da RAPS, com observância dos controles legais sempre que houver internação.

No âmbito socioassistencial, o acolhimento de crianças e adolescentes somente pode ocorrer nas modalidades previstas no ECA e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, especialmente família acolhedora, abrigo institucional e casa-lar. A Residência Inclusiva destina-se a jovens e adultos com deficiência, não constituindo alternativa regular para crianças e adolescentes. Quando indispensável, o afastamento familiar deve ser provisório, individualizado, próximo da família sempre que possível e voltado à reintegração familiar ou, quando inviável, à colocação em família substituta.

Conclui-se, assim, que instituições autodeclaradas como “abrigos institucionais” para crianças e adolescentes com transtornos mentais, quando não correspondem às tipificações do SUS, do SUAS e do ECA, apresentam irregularidade jurídica relevante. A denominação adotada pela entidade ou sua classificação administrativa não substitui a análise da atividade efetivamente desempenhada, da equipe, das práticas institucionais e da inserção nas redes públicas competentes. Cabe ao Poder Público e aos órgãos de controle, especialmente ao Ministério Público, fiscalizar esses serviços, coibir práticas asilares, promover regularização, reordenação ou descontinuidade planejada de instituições irregulares, bem como a possibilidade de análise sobre a responsabilidade das pessoas que mantêm esses lugares de forma irregular e estruturar fluxos intersetoriais que assegurem atendimento digno, singularizado, territorializado e compatível com a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

7. Teses centrais

1. Deficiência, sofrimento psíquico, transtorno mental ou uso problemático de álcool e outras drogas não autorizam, por si sós, afastamento familiar, institucionalização prolongada e, em nenhum caso, inserção em estruturas residenciais inadequadas ao público infantojuvenil.
2. A RCPD organiza o cuidado em saúde das pessoas com deficiência no SUS, mas não prevê acolhimento residencial de longa permanência para crianças e adolescentes.
3. A RAPS substitui o paradigma da internação pelo cuidado territorial, comunitário e articulado em rede, reservando a permanência residencial ou hospitalar a hipóteses específicas, transitórias ou excepcionais.
4. As Unidades de Acolhimento têm natureza voluntária, residencial e transitória, com prazo de seis meses, e somente se aplicam ao público infantojuvenil nos limites da modalidade própria, vinculada ao CAPS e ao Projeto Terapêutico Singular.
5. Comunidades Terapêuticas não são adequadas para crianças e adolescentes, sobretudo quando utilizadas como substituto de cuidado em saúde mental ou de acolhimento socioassistencial tipificado.
6. Serviços Residenciais Terapêuticos destinam-se à desinstitucionalização de pessoas egressas de longas internações psiquiátricas, e não são modalidade ordinária de moradia ou acolhimento para crianças e adolescentes.
7. A internação psiquiátrica, notadamente a infantojuvenil, é medida terapêutica excepcional, fundada em laudo médico circunstanciado, avaliação técnica preferencialmente interprofissional, participação da criança ou adolescente e duração limitada à estabilização clínica.
8. No SUAS, o acolhimento de crianças e adolescentes somente pode ocorrer nas modalidades previstas no ECA e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, especialmente família acolhedora, abrigo institucional e casa-lar.
9. Instituições autodeclaradas como abrigos para crianças e adolescentes com transtornos mentais, quando desvinculadas das tipificações do SUS, do SUAS e do ECA, apresentam irregularidade jurídica e devem ser fiscalizadas, regularizadas, reordenadas ou descontinuadas de forma planejada.

8. Lista de siglas

Quadro 1 – Lista de siglas utilizadas no artigo

Sigla	Significado
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial com funcionamento 24 horas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNPG	Conselho Nacional de Procuradores-Gerais do Ministério Público dos Estados e da União
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CT	Comunidade Terapêutica
DF	Distrito Federal
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
LB	Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência
MS/GM	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro
PIA	Plano Individual de Atendimento
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UA	Unidade de Acolhimento

Fonte: elaboração própria.

9. Referências

BATISTA, Sophia de Lima. **Direito à acessibilidade e mobilidade no âmbito do ensino superior na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC:** uma análise acerca das políticas de ações afirmativas e a permanência de estudantes com deficiência física nos cursos de graduação do campus Florianópolis. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) — Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023. Orientador: Francisco Quintanilha Veras Neto. Coorientador: Bernard Constantino

Ribeiro. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/253828?show=full>. Acesso em: 09 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 08 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1993]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 08 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 08 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2006]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 08 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, [2015]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 08 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 08 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Altera as Leis nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986, nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997, nº 8.981, de 20 de janeiro de 1995, nº 8.315, de 23 de dezembro de 1991, nº 8.706, de 14 de setembro de 1993, nº 8.069, de 13 de julho de

1990, nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm. Acesso em: 08 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui 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 (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 08 jun. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009**. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 nov. 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_cnas_n109_%202009.pdf. Acesso em: 08 jun. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social; Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução Conjunta nº 1, de 18 de junho de 2009. Aprova o documento Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 jul. 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%2001-%20de%2018%20de%20junho%20de%202009.pdf. Acesso em: 17 jun. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jun. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html. Acesso em: 08 jun. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Resolução CONAD nº 1, de 19 de agosto de 2015**. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 ago. 2015. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/>

/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32425953/do1-2015-08-28-resolucao-n1-de-19-de-agosto-de-2015-32425806. Acesso em: 08 jun. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Resolução CONAD nº 3, de 24 de julho de 2020**. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jul. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobredrogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2020/resolucao-no-3-de-24-de-julho-de-2020-dou-imprensa-nacional.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE PROCURADORES-GERAIS DO MINISTÉRIO PÚBLICO DOS ESTADOS E DA UNIÃO. Grupo Nacional de Direitos Humanos. Comissões Permanentes da Infância e Juventude, de Defesa da Saúde, da Educação, de Defesa dos Direitos Humanos, da Pessoa com Deficiência e da Pessoa Idosa e de Combate à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. **Nota Técnica nº 12/2022**: acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas. Brasília, DF: CNPG, 2022. Disponível em: https://portal.mpap.mp.br/images/CAOPIJE/Documentos/CNMP/Nota_Técnica_n_12-2022_CNPG.pdf. Acesso em: 17 jun. 2026.

HISTÓRIA do movimento político das pessoas com deficiência no Brasil. Direção: Aluizio Sales Junior. Organização: Izabel Maior. Organização dos Estados IberoAmericanos; Secretaria de Direitos Humanos, 2010. Documentário. Disponível em: https://youtu.be/uSZsJs3TN70?si=C9dUH1tXeXbgl4_6. Acesso em: 09 jun. 2026.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO. Museu: curiosidades. São Paulo: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, [s.d.]. Disponível em: <https://santacasasp.org.br/museu-curiosidades/>. Acesso em: 15 jun. 2026.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. Centro de Apoio Operacional da Saúde; Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude; Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos e do Cidadão. **Roteiro 2: internação psiquiátrica de crianças e adolescentes**. II Reunião Ordinária Conjunta CAOSAÚDE, CAOINFÂNCIA e CAODHC, 21 nov. 2014. MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. Guia de atuação em demandas cruzadas [recurso eletrônico]: internação x acolhimento de crianças e adolescentes. Coordenador: Eder Cristiano Viana; elaboração técnica: Ana Soraia Haddad Biasi e Daphne de Castro Fayad; colaboração: Douglas Roberto Martins. Florianópolis: MPSC, 2025. Disponível em: . Acesso em: 8 jun. 2026.

SOUZA, Fernanda Hermínia Oliveira. **Cuidado e proteção desde o início da vida:** prevenção da negligência e promoção de vínculos na primeira infância. Brasília: ENDICA; SNDCA; MDHC; FLACSO; FUNAPE; UnB; CONANDA, 2026. Disponível em: <https://novo.mooc.endica.unb.br/>. Acesso em: 23 abr. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília, DF, 2007. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=424-cartilha-c&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 09 jun. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Transtornos mentais.** Washington, DC: OPAS, [s.d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em: 17 jun. 2026.