



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM N° 2.443, DE 31 DE JULHO DE 2025

[Publicado em: 03/09/2025](#) | [Edição: 167](#) | [Seção: 1](#) | [Página: 103](#)

Nota: Alterada pela [Resolução CFM n° 2.459/2026](#)

Define critérios para avaliação médica e documentos, com forma e conteúdo, para encaminhamento de candidatos a acolhimento em comunidade terapêutica acolhedora e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM, no uso das atribuições conferidas pela Lei n° 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n° 44.045, de 19 de julho de 1958, considerando as deliberações tomadas na 24ª Sessão Plenária Extraordinária, realizada em 31 de julho de 2025,

RESOLVE:

Art. 1° Esta resolução estabelece os critérios para avaliação médica e como o documento médico deve ser preenchido para o encaminhamento de dependentes químicos a comunidades terapêuticas acolhedoras conforme determinação da [Lei n° 13.840/2019](#).

Art. 2° Estes critérios devem estar contidos no atestado médico ou no relatório médico circunstanciado, onde devem constar, cumulativamente:

I – a dependência química;

II – estar abstinente;

III – não ter comorbidade, ou, existindo, que seja comorbidade tratável ambulatorialmente.

Parágrafo único. No caso de comorbidade tratável ambulatorialmente, deve-se indicar a prescrição medicamentosa com posologia, via de administração e periodicidade de uso e de consultas.

Art. 3° Para fins de cumprimento desta resolução, o candidato a acolhimento poderá ser encaminhado pelo seu médico assistente por meio de relatório circunstanciado, ou por médico sem vínculo terapêutico com o paciente por meio de atestado médico de saúde, sendo respeitada a autonomia médica quanto à indicação.

Parágrafo único. Os documentos explicitados no *caput* não se aplicam para perícia médica e outros fins.

Art. 4° No caso de abstinência ou comorbidades que requeiram internação psiquiátrica, este documento deve fazer constar a necessidade em razão da responsabilidade remissiva do médico, indicando a internação hospitalar especializada.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Parágrafo único. Os critérios para determinação do caráter de urgência ou emergência médica estão na [Resolução CFM nº 2.057/2013](#) (ou sucedânea) em seu art. 31 e parágrafos.

Art. 5º A entrevista deve ser realizada utilizando o roteiro presente no art. 51 da Resolução CFM nº 2.056/2013, exceto as informações complementares direcionadas ao prontuário médico quanto a sequelas e causa da morte.

~~Art. 6º No caso de menor, tutelado ou curatelado, a autorização deve ser assinada pelo familiar ou responsável legal. ([Alterado pela Resolução CFM nº 2.459/2026](#))~~

Art. 6º Esta resolução não se aplica ao caso de menores ou de adultos curatelados, em virtude de sua natureza acolhedora e procura espontânea pelos interessados, por decretar a impossibilidade do acolhido escolher permanecer ou não no acolhimento.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO

Presidente do CFM

ALEXANDRE DE MENEZES RODRIGUES

Secretário-Geral do CFM



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ANEXO I

O modelo a ser utilizado pelos médicos em geral para emissão do relatório médico circunstanciado deverá obedecer ao disposto na [Resolução CFM nº 2.381/2024](#), conforme descrito abaixo.

Art. 2º Documentos médicos são aqueles emitidos por médicos e gozam de presunção de veracidade, produzindo os efeitos legais para os quais se destinam.

§ 1º Todos os documentos médicos devem conter minimamente:

I – Identificação do médico: nome e CRM/UF;

II – Registro de Qualificação de Especialista (RQE), quando houver;

III – Identificação do paciente: nome e número do CPF, quando houver;

IV – Data de emissão;

V – Assinatura qualificada do médico, quando documento eletrônico; ou

VI – Assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina, quando manuscrito;

VII – Dados de contato profissional (telefone e/ou e-mail); e

VIII – Endereço profissional ou residencial do médico. (...)

Art. 4º Para fins desta Resolução, entende-se por:

IV. **Atestado de saúde:** documento médico solicitado pelo(a) paciente, no qual o médico afirma a condição de saúde física e mental do(a) paciente. Trata-se de documento com múltiplas aplicações, cujo conteúdo deve observar sua respectiva finalidade. São considerados atestados de saúde: atestado de doença, atestado para licença-maternidade e casos de abortamento, atestado de aptidão física, atestado para gestantes em viagens aéreas e outros afins. (...)

VII. **Relatório médico circunstanciado:** documento exarado por médico que presta ou prestou atendimento ao(à) paciente, com data do início do acompanhamento; resumo do quadro evolutivo, remissão e/ou recidiva; terapêutica empregada e/ou indicada; diagnóstico (CID), quando expressamente autorizado pelo paciente, e prognóstico, não importando em majoração de honorários quando o paciente estiver em acompanhamento regular pelo médico por intervalo máximo de 6 (seis) meses, a partir do que poderá ser cobrado.

Esses documentos devem retratar a verdade para continuarem gozando de credibilidade e fé pública.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.443/2025

O Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, através de seu Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas, solicita a conceituação e orientação em relação ao termo “avaliação médica prévia”, citado no inciso IV do art. 26-A da [Lei nº 11.343/2006](#), incluído pela [Lei nº 13.840/2019](#), que trata do serviço de acolhimento em comunidade terapêutica, conforme tratativas em reunião solicitada pelo Ofício 221 (SEI nº 15817319).

O inteiro teor, transcrito abaixo, foi apreciado em reunião de diretoria e, posteriormente, em sessão planária que resolveu disciplinar a matéria estabelecendo modelo de relatório circunstanciado ou atestado médico, nos termos da [Resolução CFM nº 2.381/2024](#), a ser adotado em todo o Brasil para hospedagem em comunidade terapêutica acolhedora, que sob determinação da Lei nº 13.840/2019, disciplinada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária através da [RDC 29/2011](#), só pode ocorrer de modo voluntário mediante avaliação médica prévia.

As comunidades terapêuticas acolhedoras são instituições do espectro da assistência social, vinculado ao Sisnad, em que os assistidos precisam fazer adesão voluntária para serem acolhidos, bem como não necessitar de assistência médica e prescrição medicamentosa em suas dependências.

Para melhor entendimento, transcreve-se, na íntegra, da [Lei nº 13.840/2019](#) (grifos nossos):

Do Acolhimento em Comunidade Terapêutica Acolhedora

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

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

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

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

IV – avaliação médica prévia;

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

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

§ 1º Não são elegíveis para o acolhimento as pessoas com comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave que mereçam atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência, caso em que deverão ser encaminhadas à rede de saúde.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O Conselho Federal de Medicina - CFM, nas [Resoluções nº 2.056/2013](#) e [nº 2.057/13](#), veda a inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina - CRMs das comunidades terapêuticas acolhedoras, por não serem estabelecimentos assistenciais em medicina.

As comunidades terapêuticas acolhedoras beneficiam pessoas com autonomia para decisão, locomoção, socialização e aprendizado, acolhendo estratégias terapêuticas com objetivo de abstinência e reintegração e reinserção familiar, social e, dentro do possível, ocupacional. Direcionado a dependentes químicos, destina-se a abstinentes e sem comorbidade, ou com comorbidade controlada que requeira cuidados médicos ambulatoriais.

A avaliação médica prévia tem essa previsão legal e necessita de uma definição sobre seu alcance, forma de fazer direcionamento para acolhimento, ou outro direcionamento caso exista doença ou comorbidade que exija hospitalização.

Preliminarmente, deve-se definir médicos que são capazes de fazer essa avaliação, começando por aquele que assiste ao paciente, na rede pública ou em sua clínica privada, ou, caso o candidato a acolhimento não esteja recebendo assistência em regime ambulatorial, a avaliação é feita em serviços médicos de modo geral, de preferência por psiquiatra – ou, na impossibilidade ou ausência deste, por médico generalista com formação que lhe permita avaliar utilizando o modelo de anamnese disposto no art. 51 da Resolução CFM nº 2.056/2013, exigência obrigatória para o ato.

No documento médico é preciso constar o nome do paciente, o CID da doença (dependência química), o CID da comorbidade (do grupo F ou G) – com prévia autorização do paciente, se tiver – e explicitamente informar se reúne condições para se beneficiar de assistência em comunidade terapêutica acolhedora. Caso tenha comorbidade com outra patologia mental ou neurológica, deve-se informar o CID e se poderá fazer o tratamento medicamentoso em regime ambulatorial, única condição que pode permitir o acolhimento nessa modalidade de comunidade terapêutica. Se reunir tais condições, na conclusão deverá constar que está apto a acolhimento. Caso contrário, assinala-se que o pretendente a tratamento necessita de assistência em ambiente médico especializado ambulatorial ou hospitalar psiquiátrico.

As razões para essa exigência residem na estratégia terapêutica em ambiente não medicamentoso, assim definido no [Parecer CFM nº 8/2021](#):

Nesse ambiente as atividades de caráter coletivo devem ser preponderantes, sendo direcionadas à psicoterapia de grupo, grupos de trabalho (ou grupos Operativos – para planejamento das tarefas, discussão do cumprimento ou não delas e esclarecimentos sobre transgressões às regras institucionais), reuniões integrativas com familiares, reuniões de apoio com conselheiros/consultores em dependência química, reuniões com grupos externos de apoio (a exemplo de Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, entre tantos outros) e reuniões para discussão das condutas entre membros da equipe terapêutica (quando estiver no organograma da instituição).

Deve-se contar com terapia ocupacional e as diversas opções terapêuticas, em oficinas para pintura, modelagem, escultura, colagem, tapeçaria e outras, a critério das estratégias de abordagem adotadas pela equipe terapêutica. Outras oficinas também podem ser ofertadas, como jardinagem, horticultura, marcenaria, carpintaria e até o compartilhamento de tarefas da manutenção do ambiente, desde que não seja em



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

substituição dos obrigatórios funcionários da instituição. Áreas para esporte e lazer. O ambiente deve estar organizado para a oferta supervisionada de atividades físicas em academias, ao ar livre, natação, futebol e outras que estejam no espectro oferecido pelo estabelecimento assistencial. Não necessariamente todas as modalidades, mas em oferecendo qualquer que seja, deverá constar do portfólio da instituição, devendo obedecer aos critérios arquitetônicos, estruturais e de segurança definidos nas Resoluções da Anvisa. Nas horas em que não estejam em práticas os programas terapêuticos, devem estar disponíveis jogos de salão e serviço de áudio e vídeo, práticas integrativas num ambiente onde um clima de amizade e respeito possa ser desenvolvido. Os regramentos internos para o cumprimento das obrigações para com as terapêuticas aplicáveis devem ser explicitados para o paciente e familiares ou responsável legal, no momento do acolhimento.

Para melhor entendimento dos médicos e da comunidade em geral, utilizam-se trechos da Resolução CFM nº 2.057/2013, que trata da avaliação médica e “dá providência para identificação das razões para internação involuntária”, que só poderá ocorrer em ambiente médico, hospital geral, hospital psiquiátrico ou clínica médica especializada em dependência química. O art. 31 define as condições para que o médico prescreva internação involuntária:

Art. 31. O paciente com doença mental somente poderá ser internado involuntariamente se, em função de sua doença, apresentar uma das seguintes condições, inclusive para aquelas situações definidas como emergência médica:

I –Incapacidade grave de autocuidados.

II –Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde.

III –Risco de autoagressão ou de heteroagressão.

IV –Risco de prejuízo moral ou patrimonial.

V –Risco de agressão à ordem pública.

§ 1º O risco à vida ou à saúde compreende incapacidade grave de autocuidados, grave síndrome de abstinência a substância psicoativa, intoxicação intensa por substância psicoativa e/ou grave quadro de dependência química.

§ 2º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo diretor técnico médico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo tal procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

Tais critérios devem ser os primeiros avaliados, pois são fatores de exclusão para indicação de acolhimento em comunidade terapêutica. Em seguida, verificam-se critérios clínicos, como a gravidade para um acompanhamento eletivo, cuidados médicos e de enfermagem integrais necessários – notadamente aspectos psicopatológicos, sinais, sintomas e grau de intoxicação e riscos da abstinência – para a segurança física do tratamento em um ambiente onde não haverá médicos e enfermeiros 24 horas por dia, sete dias da semana.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

A entrevista de avaliação psiquiátrica para emissão do relatório circunstanciado para que se proceda a acolhimento em caráter voluntário do dependente química deve obedecer ao disposto na Resolução CFM nº 2.056/2013:

Art. 49. A anamnese é instrumento exclusivo de avaliação propedêutica médica.

Art. 50. A realização da anamnese é obrigatória em qualquer ambiente médico, inclusive em atendimento ambulatorial e nos consultórios.

Art. 51. Para obedecer ao disposto no art. 87 do Código de Ética Médica e seus parágrafos, o registro em prontuário deve, no mínimo, conter os seguintes dados:

1) Anamnese, onde deve constar:

a) Identificação do paciente: nome, idade, data de nascimento, filiação, estado civil, raça, sexo, religião, profissão, naturalidade, endereço e telefone;

b) Queixa principal: descrição sucinta da razão da consulta;

c) História da doença atual: relato do adoecimento, início, principais sinais e sintomas, tempo de duração, forma de evolução, consequências, tratamentos realizados, internações, outras informações relevantes;

d) História familiar: doenças pregressas na família, estado de saúde dos pais, se falecidos, a idade e a causa, principal ocupação dos pais, quantos filhos na prole, forma de relacionamento familiar, nas avaliações psiquiátricas registrar a existência de doença mental na família;

e) História pessoal: informações sobre sua gestação e doenças intercorrentes da mãe durante a gestação, doenças fetais, parto eutócico ou distócico, condições de nascimento, evolução psicomotora com informações sobre idade em que falou e deambulou; doenças intercorrentes na infância, ciclo vacinal, aprendizado na escola, sociabilidade em casa, na escola e na comunidade; trabalho, adoecimento no trabalho, relações interpessoais na família, no trabalho e na comunidade; puberdade, vida sexual e reprodutiva, menopausa e andropausa; se professa alguma religião e qual; doenças preexistentes relacionadas ou não ao atual adoecimento; situação atual de vida;

f) Revisão por sistemas com interrogatório sucinto sobre pele e anexos, sistema olfatório e gustativo, tato, visual e auditivo, cardiocirculatório e linfático, osteomuscular e articular, gênito-urinário e neuroendócrino e psíquico;

2) Exame físico

3) Exame do estado mental (para a psiquiatria e neurologia): senso-percepção, representação, conceito, juízo e raciocínio, atenção, consciência, memória, afetividade, volição e linguagem;

4) Hipóteses diagnósticas: possíveis doenças que orientarão o diagnóstico diferencial e a requisição de exames complementares;

5) Exames complementares: exames solicitados e registro dos resultados (ou cópia dos próprios exames);



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- 6) Diagnóstico: de acordo com o CID da Organização Mundial da Saúde em vigor;
- 7) Conduta: terapêutica instituída e encaminhamento a outros profissionais;
- 8) Prognóstico: quando necessário por razões clínicas ou legais;
- 9) Sequelas: fundamentação para prescrições específicas como órteses e próteses e, materiais especiais;
- 10) Causa da morte.

Para além dos aspectos clínicos, é preciso destacar que os documentos médicos a serem adotados estão descritos na [Resolução CFM nº 2.381/2023](#), conforme assentado no Anexo I desta resolução.

Com os esclarecimentos acima, assegura-se que o médico poderá fazer avaliação precisa dos encaminhamentos para acolhimento em comunidade terapêutica acolhedora ou para assistência psiquiátrica em ambiente médico especializado quando o caso exigir internação hospitalar.

EMMANUEL FORTES SILVEIRA CAVALCANTI

Conselheiro Relator