

RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

1- CARBAMAZEPINA 200mg 30 comp.
3 comp. A NOITE
CHEGADA 6/30/17 VENCIMENTO 6/30/17

2) AMTRIPTILINA 25mg 30 comp.
3 comp. A NOITE
CHEGADA 5/30/17 VENCIMENTO 5/30/17

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO/MINISTÉRIO
PÚBLICO FEDERAL

RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - 2017

1ª EDIÇÃO



PFDC
Procuradoria Federal
dos Direitos do Cidadão

MPF
Ministério Público Federal

BRASÍLIA - DF

2018

CRÉDITO DAS FOTOS:

CAPA: sobreposição de fotos de Paulo H. Carvalho/CFP

ABERTURA ITEM 1: Paulo H. Carvalho/CFP

ABERTURA ITEM 2: MPF/RJ

ABERTURA ITEM 3: Paulo H. Carvalho/CFP

ABERTURA ITEM 4: MPF/RJ

**Plenário responsável
pela publicação
Conselho Federal de
Psicologia
XVII Plenário
Gestão 2016-2019**

Diretoria

Rogério Giannini – *Presidente*
Ana Sandra Fernandes
Arcoverde Nóbrega – *Vice-
presidente*
Pedro Paulo Gastalho de
Bicalho – *Secretário*
Norma Celiane
Cosmo – *Tesoureira*

**Conselheiras/os
Efetivas/os**

Iolete Ribeiro da Silva
Secretária Região Norte
Clarissa Paranhos Guedes
Secretário Região Nordeste
Marisa Helena Alves
Secretária Região Centro-Oeste
Júnia Maria Campos Lara
Secretária Região Sudeste
Rosane Lorena Granzotto
Secretária Região Sul
Fabián Javier Marin Rueda
Conselheiro Convidado
Célia Zenaide da Silva
Conselheira Convidada

**Conselheiras/os
Suplentes**

Maria Márcia Badaró Bandeira
Daniela Sacramento Zanini
Paulo Roberto Martins Maldos
Fabiana Itaci Corrêa de Araujo
Jureuda Duarte Guerra
Região Norte
Andréa Esmeraldo Câmara
Região Nordeste
Regina Lúcia Sucupira Pedroza
Região Centro-Oeste
Sandra Elena Sposito
Região Sudeste
Cleia Oliveira Cunha
Região Sul
Paulo José Barroso de Aguiar
Pessoa
Conselheiro Convidado
Elizabeth de Lacerda Barbosa
Conselheira Convidada

**Mecanismo Nacional de
Prevenção e Combate à
Tortura (MNPCT)**

Ana Cláudia Nery Camuri
Nunes
Deise Benedito
Fernanda Machado Givisiez
José de Ribamar Araújo e Silva
Lucio Costa
Luis Gustavo Magnata Silva
Luz Arinda Barba Malves
Márcia Anunciação Maia
Pereira
Rafael Barreto Souza
Valdirene Daufemback

Equipe de inspeção

Ana Cláudia Nery Camuri
Nunes
Fernanda Machado Givisiez
José de Ribamar Araújo e Silva
Lucio Costa
Luis Gustavo Magnata Silva
Luz Arinda Barba Malves
Márcia Anunciação Maia
Pereira
Rafael Barreto Souza

Ministério Público Federal

**Procuradoria Federal dos
Direitos do Cidadão**

**Procuradora Federal dos
Direitos do Cidadão**

Deborah Duprat

PFDCs Adjuntos

Domingos Dresch
Marlon Weichert
João Akira Omoto

Equipe de inspeção

Membros MPF:

Ana Padilha
Caroline Maciel
Claudio Cristani
Daniela de Faria
Daniela Batista Ribeiro
Deborah Duprat
Duciran Farena
Edmundo Dias
Eliana Pires
Felipe Palha
Felipe A. de Barros
Frederico Pellucci
Helder Magno
José Godoy
Leonardo Macedo
Lisiane Braecher
Lucas Gualtieri
Ludmila Oliveira
Márcia Zollinger
Maurício Pessutto
Mona Lisa Abdo
Raphael Bevilacqua
Sérgio Suiama
Vinícius Barros

Apoio técnico:

Afonso Monteiro Neto
Afonso Vitor Fleury Teixeira
Bianca Rabelo De Melo
Aryanne De Freitas
Carlos Sérgio Gomes
Helena Palmquist
Márcia Caldas
Marlene Miranda
Meire Dias
Pedro Kakitani
Rafaela Mitre
Raíssa de Souza
Raquel Nunes
Rodrigo Sepriano
Rogerio Monteiro
Viviane Ribeiro
Wilson Neto

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte. Disponível também em: www.cfp.org.br e pfdc.pgr.mpf.mp.br

1ª EDIÇÃO - 2018

PROJETO GRÁFICO - Agência Movimento

DIAGRAMAÇÃO - Agência Movimento

REVISÃO - Carolina Magalhães Rocha, Marília Mundim e Nita Queiroz

REDAÇÃO - Lucio Costa, Marcio Kameoka e Priscila D. Carvalho

REVISÃO TÉCNICA: Ana Luiza Souza Castro (Crianças e Adolescentes), Lucio Costa, Márcia Maria Regueira Lins Caldas, Maurício Pessutto, Rogério Giannini

COORDENAÇÃO NACIONAL DA INSPEÇÃO: Deborah Duprat, Lucio Costa, Rogério Giannini

Coordenação Geral/ CFP

Miraci Mendes

Gerência de

Comunicação

Rodrigo Farhat

André Martins de Almeida

(Analista Técnico em
Editoração)

Gerência Técnica

Camila Alves Dias

Membros do MNPCT

Ana Cláudia Nery Camuri
Nunes

Deise Benedito

Fernanda Machado Givisiez
José de Ribamar Araújo e Silva

Lucio Costa

Luis Gustavo Magnata Silva

Luz Arinda Barba Malves

Márcia Anunciação Maia
Pereira

Rafael Barreto Souza

Valdirene Daufemback

Equipe PFDC

Assessoria Técnica

em Saúde Mental

Márcia Caldas

Secretaria Executiva

Patrícia Campanatti

Coordenação de

Comunicação e

Informação

Marília Mundim

Coordenação

Administrativa

Mário Abreu

Coordenação

Multidisciplinar

Fabíola Corte Real

Referências bibliográficas conforme ABNT NBR

Direitos para esta edição - Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal Dos Direitos do Cidadão/ Ministério Público Federal

Impresso no Brasil – Maio de 2018

Catálogo na publicação

Biblioteca Miguel Cervantes

Fundação Biblioteca Nacional

R812i Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.

172 p. : il.

ISBN 978-85-89208-79-6

1. Psicologia 2. Psiquiatria 3. Relatório 4. Terapia 5. Tratamento 6. Saúde Mental I. Conselho Federal de Psicologia II. Título

SUMÁRIO

PREFÁCIO	9
RESUMO EXECUTIVO	11
1. INTRODUÇÃO.....	19
Contexto e Motivações	21
Organização.....	22
Marco Normativo	23
A Lei nº 10.216/2001	24
Direitos da Pessoa com Deficiência	27
Políticas sobre Drogas	28
Prevenção e Combate à Tortura de Pessoas em Privação de Liberdade ...	30
Políticas Públicas e Saúde Mental: Disputas em Curso	31
Resolução nº 2.056/2013 do Conselho Federal de Medicina (CFM)...	34
Direitos Fundamentais.....	35
2. ATRIBUIÇÕES FORMAIS	39
Conselho Federal de Psicologia.....	41
Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura.....	43
Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão	45
3. METODOLOGIA.....	47
Objetivos e Planejamento	50
Inspeções.....	50
Análise e Redação dos Relatórios	51

Encaminhamentos para Órgãos Competentes.....	52
--	----

4. SÍNTESE DOS RELATÓRIOS DAS INSPEÇÕES ..53

4.1 Instituições de Caráter Asilar.....	55
4.1.1 Visão geral do caráter asilar	55
4.1.2 Isolamento e restrição do convívio social	57
4.1.3 Incomunicabilidade e visitas restritas.....	58
4.1.4 Dificil acesso, muros, portões, trancas e restrições à saída	59
4.1.5 Retenção de documentos ou dinheiro.....	61
4.1.6 Violação de sigilo de correspondência e de acesso a meios de comunicação	63
4.2 Internações Involuntárias e Compulsórias	66
4.2.1 Panorama das modalidades de internação encontradas.....	66
4.2.2 Irregularidades envolvendo internações involuntárias e compulsórias.....	66
4.2.3 Internações involuntárias: ausência de laudo médico e de comunicado ao Ministério Público	70
4.2.4 Internações voluntárias convertidas em involuntárias	72
4.3 Aspectos Institucionais	74
4.3.1 Perfil geral das propostas de atenção	74
4.3.2 Ausência de projeto terapêutico singular	76
4.3.3 Violação da liberdade religiosa.....	79
4.3.4 Laborterapia: exploração do trabalho como ferramenta de disciplina.....	81
4.3.5 Ausência de protocolos ou projetos de desinstitucionalização.....	87
4.3.6 Interlocução com dispositivos da rede de atenção à saúde	90
4.3.7 Violação da norma sobre período de internação	94
4.3.8 Ausência de registros individuais dos residentes	95
4.4 Equipes de Trabalho	97
4.4.1 Fragilidade nas equipes multidisciplinares	97
4.4.2 Indícios de violação de direitos trabalhistas: voluntários	101
4.4.3 Presença médica e caracterização como instituições médicas ou não médicas ..	104
4.4.4 Administração irregular de medicações	106
4.4.5 Indícios de violações éticas no trabalho de psicólogas e psicólogos	107
4.5 Cotidiano e Práticas de Uso de Força.....	109
4.5.1 Cotidiano: rotina rígida	109

4.5.2 Sanções e indícios de tortura	110
4.5.3 Resgate	117
4.5.4 Contenção de pessoas	119
4.5.5 Segurança e Vigilância.....	122
4.5.6 Vistorias e práticas de revista	123
4.5.7 Diversidade sexual	125
4.6 Internação de Adolescentes.....	127
4.6.1 Encaminhamento judicial de adolescentes a CTs	128
4.6.2 Internações para retirada de convívio social.....	132
4.6.3 Outros problemas encontrados	133
4.6.4 Trabalho de adolescentes	135
4.7 “Novos Usos” para as Comunidades Terapêuticas	136
4.7.1 Internação de pessoas idosas.....	138
4.7.2 Internação de pessoas com transtornos diversos de saúde mental	139
4.8 Infraestrutura e Insumos Básicos	141
4.8.1 Ausência de alvará sanitário.....	141
4.8.2 Condições sanitárias	141
4.8.3 Infraestrutura.....	144
4.9 Controle externo: fiscalização deficiente	147
4.10 Recursos Financeiros.....	148
4.10.1 Origens dos recursos públicos.....	148
4.10.2 Volumes de recursos.....	151
4.10.3 Mulheres forçadas a pedir doações em lugares públicos	152

ANEXO I – Relação das Comunidades Terapêuticas Inspeccionadas 155

ANEXO II – Participantes das Inspeções 163

PREFÁCIO

Em nome da proteção e do cuidado, que formas de exclusão, de sofrimento e de tratamentos cruéis, desumanos e degradantes têm sido produzidas? No campo do direito à saúde mental, problematizar as lógicas e racionalidades da dimensão jurídico-política que envolve essa questão apresenta-se como um desafio permanente às instituições voltadas à promoção e proteção dos direitos humanos.

Por muitas décadas, o Brasil conferiu aos loucos e aos indesejáveis regime de segregação social e de degeneração nos manicômios e hospitais psiquiátricos. Dezenas de milhares de mulheres, homens e crianças foram vítimas dessa prática – já nomeada como o “holocausto brasileiro”.

A experiência nos convoca à imperiosa reflexão sobre o cuidado à saúde e sobre as construções sociais relativas a determinados sujeitos. Embora hoje um amplo arcabouço legal e normativo impeça, taxativamente, a existência de instituições com características asilares promotoras de exclusão e de maus-tratos, é um desafio consolidar a compreensão de que violações de direitos não podem ocorrer, ainda que sob a justificativa do cuidado.

A potência da efetiva prática em direitos humanos está na problematização da violência e da exclusão produzidas na sociedade. Os modelos de aprisionamento necessitam ser postos em análise. Nesse sentido, é preciso desconstruir a imagem de que há um sujeito a ser corrigido.

A iniciativa, que resulta no presente relatório, orientou-se pela necessidade de qualificar o debate acerca do modelo de cuidado ofertado a pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas – um desafio que envolve gestores públicos, profissionais de saúde e instituições voltadas à promoção e proteção de direitos.

Buscando lançar luz sobre territórios ainda pouco conhecidos pelo conjunto da sociedade, a inspeção nacional identificou nas comunidades terapêuticas vistoriadas a adoção de métodos que retomam a lógica da internação, inclusive compulsória, como recurso primeiro e exclusivo de suposto tratamento, em absoluta contrariedade à legislação vigente.

A privação de liberdade é a regra que sustenta esse modelo de atenção, visto ocorrer não apenas nos estabelecimentos que autodeclaram realizar internação involuntária e compulsória, mas também naqueles que anunciam atender somente internações voluntárias, embora não oportunizem aos internos condições reais de interromper o “tratamento”. Trata-se, portanto, da imposição real de barreiras, que vão desde retenção de documentos, intervenção para dissuadir a vontade apresentada, até a não viabilização de transporte para a saída de instituições isoladas dos perímetros urbanos. Além desses obstáculos, não há política ativa de informação e transparência que permita à pessoa internada uma tomada de decisão autônoma e soberana acerca de quando cessar o “tratamento”.

Em suas mais de 150 páginas, o presente relatório sistematiza o conjunto de informações coletadas em cada um dos 28 estabelecimentos visitados – em todos, há de se frisar, foram identificadas práticas que configuram violações de direitos humanos.

Considerando a oferta de financiamento público a esse modelo de instituição – inclusive em desfavor das políticas de saúde mental de base comunitária, preconizadas pela legislação brasileira – o relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas evidencia questões, convoca à reflexão e exige uma tomada de posição por parte do Estado e da sociedade brasileira.

O horizonte está na compreensão de que manicômio não se resume aos muros dos antigos e tradicionais hospitais psiquiátricos, mas, muito além disso, constitui uma lógica que se concretiza nas relações humanas, tendo como imperativos a segregação e a anulação de sujeitos.

Deborah Duprat

PFDC/MPF

Lucio Costa

MNPCT

Rogério Giannini

CFP

RESUMO EXECUTIVO

O presente relatório reúne os resultados da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas realizada em outubro de 2017, nas cinco regiões do Brasil, por iniciativa do Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (PFDC/MPF).

A ação conjunta é inédita e mobilizou cerca de 100 profissionais, em vistorias que aconteceram simultaneamente em 28 estabelecimentos nos estados de Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo, além do Distrito Federal.

As equipes de inspeção foram compostas por membros do Ministério Público Federal, peritos de prevenção e combate à tortura, psicólogos e outros profissionais da saúde e do sistema de justiça – como conselhos de Medicina, de Serviço Social e de Enfermagem, além de Defensorias Públicas e seccionais da Ordem dos Advogados no Brasil.

A coleta de informações se deu, portanto, a partir dessa multiplicidade de olhares e envolveu vistorias dos espaços físicos, entrevistas com usuários, direção e equipes de trabalho, além da análise de documentos desses estabelecimentos – voltados especialmente à internação de usuários de drogas, embora novos públicos venham sendo incorporados, como idosos e pessoas com outros transtornos mentais, conforme apontaram as vistorias.

A proposta das visitas foi identificar situações concretas do cotidiano e das práticas adotadas nessas instituições. Desse modo, o relatório aqui apresentado não constitui uma amostra estatística e suas conclusões não devem ser generalizadas de maneira probabilística – o que requereria um trabalho de maior vulto e que, aliás, é dificultado dada a ausência de informações oficiais sobre o universo de comunidades terapêuticas no Brasil.

A sistematização das informações coletadas nos 28 estabelecimentos vistoriados busca, portanto, trazer um retrato do modo de atuação dessas instituições, permitindo um olhar geral, sem que se perca de vista as especificidades de cada local.

As informações coletadas estão apresentadas a partir de dez grandes áreas: caráter asilar desses estabelecimentos; uso de internações involuntárias e compulsórias; práticas institucionais (violação à liberdade religiosa, “laborterapia” e internações sem prazo de término, entre outros aspectos); equipes de trabalho; cotidiano e práticas de uso de força; internação de adolescentes; os chamados “novos usos” para as comunidades terapêuticas; infraestrutura; controle e fiscalização; assim como a origem dos recursos para o financiamento.

As análises estão fundamentadas em um amplo marco legal e normativo acerca dos direitos da pessoa com transtorno mental, de prevenção e combate à tortura, das políticas de drogas e dos princípios que pautam os direitos fundamentais estabelecidos pela Constituição Federal de 1988. Relatos de situações concretas identificadas durante as vistorias também integram o presente relatório. O objetivo não é a individualização de casos, mas ilustrar o cotidiano vivenciado nesses espaços de privação de liberdade, suas características e a complexidade de violações de direitos identificadas – conforme sintetizado a seguir.

Muros, trancas e restrições no acesso a meios de comunicação

Grande parte das comunidades terapêuticas visitadas tem o isolamento ou a restrição do convívio social como eixo central do suposto tratamento oferecido. Esse modelo viola o amplo conjunto de diretrizes que tratam dos direitos da pessoa com transtorno mental, incluindo os advindos do uso de álcool e outras drogas. A Lei nº 10.216/2001, que instituiu a reforma psiquiátrica no Brasil, é clara ao apontar que o atendimento a essa população deve priorizar a inserção na família, no trabalho e na comunidade.

As vistorias a esses estabelecimentos identificaram que a configuração das comunidades terapêuticas como locais de asilamento passa por um conjunto de práticas e características que, individual e conjuntamente, trazem restrições à livre circulação e ao contato com o mundo exterior. Entre elas está a própria instalação em locais de difícil acesso e com a presença de muros, grades e portões – em alguns casos, também de vigilantes. É marca da maioria das instituições visitadas o impedimento à livre saída do estabelecimento e muitas recorrem à punição em caso de tentativa de fuga. Em algumas comunidades também foi constatada a prática de retenção de documentos e pertences de usuários, assim como de cartões bancários ou para o acesso a benefícios previdenciários.

As vistorias mostraram ser usual o controle de ligações telefônicas, bem como a violação de correspondências – o que fere os princípios de proteção da intimidade e da vida privada, estabelecidos pela Constituição, em seu art. 5º, incisos X e XII. Em São Paulo (SP), por exemplo, um interno da comunidade

terapêutica Recanto da Paz informou que as conversas telefônicas não eram privadas e que, quando havia a tentativa de informar aos familiares a intenção de abandonar o estabelecimento – inclusive em razão de violações de direitos – a direção fazia contato com a família a fim de demovê-la da ideia. Em Betim (MG), um interno da comunidade Terra Santa informou que cartas destinadas a familiares só poderiam ser encaminhadas se previamente lidas pela direção.

Privação de liberdade

A Lei da Reforma Psiquiátrica define três modalidades de internação: involuntárias (sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro e realizada por um médico), compulsórias (determinadas pela Justiça) e voluntárias (com o consentimento do usuário).

No caso das internações involuntárias – que além de laudo médico devem ser informadas ao Ministério Público em até 72 horas –, as vistorias identificaram em apenas duas das 28 comunidades terapêuticas visitadas o documento médico com a autorização para tais internações. Mesmo nessas unidades, foram encontrados problemas, entre os quais: a ausência de informações específicas e situações que permitiram ter dúvidas sobre as datas de chegada do interno à comunidade terapêutica, denotando, no mínimo, incompatibilidade nos dados apresentados. As vistorias apontaram que internações voluntárias também têm se dado ao arrepio da lei. O padrão, nos locais inspecionados, foi que não apresentassem laudos médicos, requeridos para essa modalidade de internação.

As inspeções mostraram ainda que algumas comunidades terapêuticas adotam a prática do “resgate” ou “remoção”: internamento forçado por meio de uma equipe que vai à residência da pessoa e a imobiliza, fazendo uso tanto de violência física quanto de contenção por meio da aplicação de medicamentos. Em algumas das unidades, foi informada a participação de outros internos na realização desse serviço, que está disponível em pelo menos nove das 28 instituições visitadas. A prática viola a determinação legal sobre a necessidade de laudo médico fruto de avaliação prévia e pode, inclusive, configurar crime de sequestro e cárcere privado qualificado, conforme o artigo 148 do Código Penal.

No que se refere às internações compulsórias, a inspeção nacional identificou que o Judiciário tem adotado essa prática em desconformidade com o que estabelece a legislação. Isso porque a única previsão no ordenamento jurídico brasileiro para que esse tipo de internação ocorra (e que, ainda assim, é alvo de questionamentos por se contrapor aos direitos das pessoas com transtornos mentais) está no Código Penal, ao designar que a internação possa ser utilizada como substituição de pena em casos em que o autor de um crime, após seu

julgamento, seja considerado pela Justiça como inimputável. Trata-se, portanto, da chamada medida de segurança, representada na internação.

O que as inspeções revelaram, no entanto, é a existência de um contingente de usuários de drogas enviados a comunidades terapêuticas por determinação judicial com o objetivo de suposto tratamento de dependência química. Há decisões, inclusive, para que o poder público arque com os custos dessas internações, que, em muitos casos, não conta com prazo de término estabelecido – representando não apenas um subsídio público permanente a essas instituições, como, ainda mais grave, a perene privação de liberdade de determinada categoria de sujeitos.

As vistorias a esses estabelecimentos demonstraram, ainda, que a privação forçada de liberdade pode ocorrer mesmo em casos de internação voluntária. É que muitas comunidades terapêuticas oferecem facilidades para receber pessoas voluntariamente – como transporte e opções para o pagamento. Entretanto, tais facilidades desaparecem quando o interno manifesta o desejo de cessar o “tratamento”, momento em que inúmeros obstáculos lhe são impostos: multa por quebra de contrato, retenção de documentos, pressão sobre familiares, entre outros. Na prática, a internação – ainda que de caráter voluntário – pode vir a se caracterizar como privação de liberdade, dado que a pessoa perde o poder de decisão de encerrar o tratamento, conforme assegura a Lei 10.216/2001, art.7º.

Castigos, punições e indícios de tortura

Em 16 dos locais inspecionados foram identificadas práticas de castigo e punição a internos. Essas sanções variam entre a obrigatoriedade de execução de tarefas repetitivas, o aumento da laborterapia, a perda de refeições e a violência física. Também foram identificadas práticas como isolamento por longos períodos, privação de sono, supressão de alimentação e uso irregular de contenção mecânica (amarras) ou química (medicamentos) – todas elas podem ser caracterizadas como práticas de tortura e tratamento cruel ou degradante, de acordo com a legislação brasileira.

As sanções mais encontradas durante as vistorias foram aquelas de incremento do trabalho ou de realização de tarefas extras e aviltantes. No primeiro caso, se trata de aumento de tarefas cotidianas ou ligadas à manutenção do espaço físico; no segundo, da obrigação do cumprimento de tarefas repetitivas, em especial a prática de cópia de trechos bíblicos. Na comunidade terapêutica Fazenda Vitória, em Lagoa Santa (MG), por exemplo, internas relataram que entre as sanções recebidas em casos de “mau comportamento” estava a de copiar, por inúmeras vezes, do Salmo 119 da Bíblia. Nessa unidade, a lavagem de pratos e painéis

durante uma semana também foi anunciada como uma das modalidades de punição.

As equipes de inspeção também colheram relatos do uso de isolamento físico ou confinamento dentro da própria comunidade terapêutica como forma de “tratamento” ou punição por desvio de comportamento. Nessas situações, o interno é mantido em quartos ou cubículos dentro da própria instituição, separado dos demais. Quatro dos estabelecimentos visitados informaram possuir quartos específicos para o isolamento. A violência física também foi apontada como prática, sobretudo em casos de tentativas de fugas, sendo relatados o uso de socos nos olhos e aquilo que os internos denominam “mata-leão”, conforme apontado nas vistorias às comunidades Crisameta (RJ) e Recanto da Paz (SP).

Esse tipo de sanção fere flagrantemente o art. 2º da Lei nº 10.216/2001, segundo o qual a pessoa com transtorno mental – incluindo aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas – deve ser respeitada e tratada com humanidade no interesse único e exclusivo de beneficiar a sua saúde. A prática afronta, ainda, o art. 20, inciso IV, da Resolução RDC nº 29/2011 da Anvisa, que proíbe a aplicação de castigos físicos, psicológicos ou morais a internos em instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Violação à liberdade religiosa e à diversidade sexual

Em apenas quatro das 28 das comunidades terapêuticas visitadas, é possível afirmar que não foram presenciadas ou registradas restrições à liberdade religiosa. Em muitas há imposição de uma rígida rotina de orações e foram colhidos inúmeros relatos de obrigatoriedade de participação nas atividades religiosas, bem como a punição em casos de negativa – inclusive por meio do aumento da carga de “laborterapia”.

As vistorias também apontaram casos em que internos de outras religiões eram coagidos a frequentar atividades da designação religiosa da comunidade terapêutica. Um dos entrevistados da comunidade Renascer, em São João Del Rei (MG), por exemplo, relatou que a instituição não aceitava culto a santos e que chegou a ter rasgada a imagem de Nossa Senhora Aparecida que guardava consigo.

No que se refere à diversidade sexual, os elementos colhidos nas entrevistas com usuários, equipes e diretores revelam que, em ao menos 14 das 28 instituições visitadas, não há respeito à diversidade de orientação sexual e de identidade de gênero. Os relatos indicaram tendência à repressão da expressão das sexualidades

e seu tratamento como problemático. Por vezes, em geral em instituições de orientação religiosa, a identidade sexual foi associada ao “pecado”. Depoimentos nesse sentido foram colhidos nas comunidades terapêuticas visitadas em Castanhal (PA), Nísia Floresta (RN) e Bandeira do Sul (MG), entre outras.

“Laborterapia”: trabalhos forçados e sem remuneração

As equipes identificaram ser comum, na ampla maioria das comunidades terapêuticas visitadas, o uso da chamada “laborterapia”, na qual o trabalho seria empregado como ferramenta de disciplina – prática condenada pelos princípios da reforma psiquiátrica estabelecida no Brasil pela Lei nº 10.216/2001.

A mão de obra de internos costuma ser usada para serviços de limpeza, preparação de alimentos, manutenção, vigilância e, em alguns casos, até mesmo no controle e aplicação de medicamentos em outras pessoas internadas. Entre os relatos, está o colhido em uma comunidade terapêutica no Rio Grande do Norte, onde internos estariam sendo utilizados como mão de obra não remunerada para a construção de uma casa de praia da proprietária do estabelecimento.

O conjunto de informações coletadas pela Inspeção Nacional indica que, da maneira como vem sendo utilizada por muitas comunidades terapêuticas, a chamada “laborterapia” encobre práticas de trabalho forçado e em condições degradantes – práticas que trazem fortes indícios de crime análogo à escravidão. Muitos relatos apontaram, inclusive, o uso de castigos e punições aos internos que se recusam a realizar tais atividades. Também pareceu evidente às equipes de inspeção que o uso da “laborterapia” busca, ainda, substituir a contratação de profissionais pelo uso de mão de obra dos internos – sem remuneração ou qualquer garantia trabalhista, em uma lógica de maximização do lucro.

Fragilidades nas equipes de trabalho

Além da substituição do trabalho formal e remunerado pelo que se denomina “laborterapia”, as vistorias mostraram a presença constante de um chamado trabalho “voluntário” que, sem configurar de fato essa modalidade, encobre violações aos direitos trabalhistas. A prática ocorre de duas formas principais: pelo recrutamento de profissionais sem remuneração; e pela permanência de ex-internos, que assumem tarefas como monitores ou obreiros, sem formalização dessas atividades.

Em 15 das 28 comunidades inspecionadas, houve menção à presença de voluntários – que, na grande maioria dos casos identificados, trocam trabalho por abrigo e alimentação. As condições dessa troca não estão registradas e, em

geral, a situação de voluntariado não é oficializada – o que contraria a legislação na área, especialmente a Lei nº 13.297/2016.

Acerca da composição das equipes, é importante destacar não apenas os arranjos improvisados, mas a própria escassez de profissionais com capacidade de prover, de fato, atenção à saúde. A Lei da Reforma Psiquiátrica aponta que a internação de pessoas com transtornos mentais deve se dar em serviços que ofereçam assistência integral, incluindo “serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.” Entretanto, o quadro encontrado nas comunidades terapêuticas inspecionadas foi de escassez de profissionais para a oferta dessa assistência: há poucos trabalhadores com formação na área de saúde e muitos “monitores” (internos que ganham a confiança da direção e passam a desempenhar, informalmente, atividades na instituição).

Internação de adolescentes

As inspeções identificaram internação de adolescentes em 11 das comunidades terapêuticas visitadas. Em outras duas instituições, havia crianças e adolescentes acompanhando mães que estavam internadas. Houve, por fim, a identificação de uma criança de 11 anos internada em uma comunidade terapêutica, por decisão judicial. Nas vistorias, constatou-se também que adolescentes e adultos dividem alojamentos e quartos. Em apenas duas instituições relatou-se que adolescentes ficam em casas ou quartos separados. Essa situação demonstra a ausência de cuidado às peculiaridades que devem marcar a atenção a esse grupo populacional.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.088/2011, determina que comunidades terapêuticas só podem acolher adultos (inciso II do art. 9º). Esse aspecto já caracterizaria a irregularidade das internações de adolescentes. Para além desse aspecto, entretanto, a manutenção de internos nessa faixa etária viola uma série de diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), visto que não são espaços adequados para o cumprimento de medida socioeducativa e, tampouco, estabelecimentos capazes de promover proteção integral a sujeitos em fase de formação.

De acordo com as equipes de inspeção, as comunidades terapêuticas visitadas não atendem às mínimas obrigações estabelecidas no art. 94 do ECA. Não observam garantias e direitos de adolescentes, não oferecem atendimento personalizado, não diligenciam pelo reestabelecimento e preservação de vínculos familiares, nem sempre oferecem instalações físicas adequadas, não proporcionam escolarização e profissionalização, nem atividades culturais, esportivas e de lazer, entre outros.

É válido apontar ainda que as equipes de inspeção identificaram casos de internação de adolescentes por motivos que não estão relacionados ao uso de álcool e outras drogas – de maneira que as comunidades terapêuticas parecem estar cumprindo papel de isolamento do convívio social pelas mais diversas motivações. Em Itamonte (MG) uma interna – que, inclusive, é surda – contou ter sido internada por namorar um rapaz que fazia uso de álcool e, por essa razão, sua mãe decidiu encaminhá-la à comunidade terapêutica. A jovem narrou a condição de isolamento social a que vinha sendo submetida – visto que apenas se comunicava por meio da Língua Brasileira de Sinais (Libras) –, além de outras formas de tratamento cruel e desumano.

Financiamento público

Do total de 28 comunidades terapêuticas inspecionadas, 18 informaram receber algum tipo de recurso ou doação de órgãos públicos nas esferas municipal, estadual ou federal – denotando a presença desse tipo de estabelecimento no rol de entidades que prestam serviços ao poder público. Os documentos demonstraram que é prioritariamente por meio de recursos destinados a políticas sobre drogas que as comunidades terapêuticas vêm acessando recursos federais.

Ainda que haja, em alguns casos, previsões legais para tanto, o conjunto de informações coletadas permite questionar a capacidade desses estabelecimentos de prestar serviços que respeitem as linhas gerais das políticas voltadas à saúde e possam ser referendados pelo Estado a título de política pública.

É preciso lembrar, ainda, que qualquer destinação de recursos públicos deve contar com a fiscalização e acompanhamento das práticas desenvolvidas pelo destinatário dos recursos, o que não foi identificado nas vistorias. Os dados coletados pela inspeção nacional em comunidades terapêuticas apontam, portanto, que o financiamento indiscriminado de instituições dessa natureza acaba por resultar na destinação de recursos públicos a locais onde há violações de direitos.

1. INTRODUÇÃO



1. INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta o resultado da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, realizada em outubro de 2017, na qual foram visitadas 28 instituições nas cinco regiões do país, em 12 unidades da federação (11 estados e o Distrito Federal). Comunidades Terapêuticas (CTs) atendem, principal, mas não exclusivamente, pessoas que fazem uso de drogas, em regime de internação. Não há número preciso sobre quantas dessas instituições existem no Brasil, ainda que se estime cerca de duas mil.¹

A proposta da inspeção foi identificar situações concretas do cotidiano e das práticas encontradas nesses locais. A síntese aqui apresentada pretende ser um retrato do modo de atuação desse tipo de instituição. Permite ainda um olhar geral, sem perder de vista as especificidades de cada local. Efetivamente, os relatórios de cada uma das vistorias locais, que embasam esta publicação, apresentam uma diversidade de situações em termos de estrutura, práticas institucionais e equipes. A análise das informações não deixa dúvida também sobre a existência de um perfil compartilhado que tem como base a privação de liberdade, o caráter asilar, a chamada laborterapia, a abordagem religiosa e a abstinência como estratégia central de funcionamento dessas instituições. Em todas, foram constatadas algum nível de violação de direitos humanos.

Contexto e Motivações

O paradigma que instituiu a atenção e o cuidado de pessoas com transtornos mentais, buscando manter vínculos comunitários e superar práticas de isolamento, ainda se encontra em implantação no Brasil. De fato, nas décadas recentes, observou-se a expansão dos equipamentos de tratamento em liberdade e da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), que integra o Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, esse modelo de cuidado ainda é pouco conhecido da população em geral. Dessa forma, a ampliação das estratégias de atenção em saúde mental deve ser perseguida continuamente, de modo que nenhum cidadão tenha seus direitos violados quando estiver em tratamento.

1 Este número tem como base pesquisa de 2009, realizada pelo Centro de Pesquisas em Álcool e outras Drogas, do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, e pelo Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a pedido da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad).

Enquanto o número de leitos em hospitais psiquiátricos teve forte queda nos últimos anos, as comunidades terapêuticas cresceram em quantidade e buscam se consolidar como opção de tratamento imediatamente disponível. Entretanto, como se verifica ao longo deste relatório, tais instituições oferecem um modelo de tratamento contrário aos princípios da Reforma Psiquiátrica, reproduzindo algumas das piores práticas do modelo manicomial, ao isolar as pessoas do convívio social e praticar violações sistemáticas de direitos.

Interessante notar que essas questões não estão sendo enfrentadas apenas no Brasil. Relatório da Open Society Foundations, de 2016, mostrou que o modelo asilar e práticas abusivas em situações de internação também se reproduzem em outros países do continente, como Colômbia, Guatemala, México, Porto Rico e República Dominicana².

As CTs foram inseridas nas políticas públicas nacionais de atendimento aos usuários de drogas, inclusive com a transferência de recursos federais. Paulatinamente, as políticas de saúde mental também abriram possibilidades para que passassem a integrar os componentes da rede de atenção psicossocial, em um processo controverso e permeado por resistências e disputas.

Diante desse cenário, tornou-se premente a necessidade de colher informações mais atualizadas acerca das práticas empregadas pelas comunidades terapêuticas. Assim, surgiu a proposta de realizar uma inspeção nacional que permitisse observar *in loco* e coletar subsídios para avaliar se as bases metodológicas das CTs apresentam ou não conflitos com o ordenamento jurídico e a legislação que rege a garantia de direitos da população com transtornos mentais.

Organização

A Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas foi organizada pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). As três instituições mobilizaram outras, incluindo Procuradorias Regionais dos Direitos do Cidadão, defensorias públicas, coletivos e organizações da luta antimanicomial, conselhos estaduais de direitos humanos, sindicatos, seccionais da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) nos estados e conselhos profissionais estaduais ou regionais de Psicologia, de Serviço Social, Farmácia, Medicina e Enfermagem.

2 Para mais informações, ver: Open Society Foundations. Ni socorro, ni salud. Abusos en vez de rehabilitación para usuarios de drogas en América Latina y el Caribe, 2016. Disponível em: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/no-health-no-help-es-21060403.pdf>

Para facilitar a sistematização das informações, a Coordenação Nacional (PFDC/MPF, MNPCT e CFP) elaborou uma metodologia específica para os trabalhos. As equipes formadas nos 11 estados e no Distrito Federal foram instruídas para aplicar o mesmo método de coleta de informações em todas as visitas (ver mais detalhes no capítulo Metodologia).

Ao todo, 28 comunidades terapêuticas foram vistoriadas. A seleção levou em conta o contexto local e não visou a composição de uma amostra estatística, mas o recolhimento de informações qualitativas sobre as práticas desenvolvidas.

Unidades da Federação Participantes:	
Distrito Federal	Pernambuco
Goiás	Rio de Janeiro
Mato Grosso	Rio Grande do Norte
Minas Gerais	Rondônia
Pará	Santa Catarina
Paraíba	São Paulo

Marco Normativo

Para falar das transformações conceituais e dos avanços adquiridos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil, é fundamental compreender que tais mudanças foram tecidas de maneira lenta e processual ao longo de mais de três décadas, respeitando o amadurecimento necessário da sociedade para lidar com uma nova forma de cuidado e atenção à saúde mental, de modo que, nesse novo modelo de atenção em liberdade, a produção de cidadania passou a ser considerada condição inegociável para se alcançar saúde.

Na esteira da reivindicação de familiares, trabalhadores e de pessoas outrora segregadas e violadas em instituições manicomiais pelo Brasil afora pavimentou-se o caminho para a construção de legislações de garantia de direitos atualmente vigentes. É fundamental compreender, também, que a implementação dessa nova agenda política e normativa ocorreu à base de muita resistência. Isso porque o interesse mercantil é uma das características mais marcantes do modelo manicomial segregacionista brasileiro. Por muito tempo, ganhou-se muito dinheiro no País com a promoção da exclusão e do silenciamento daqueles e daquelas que carregavam o rótulo de indesejáveis.

Como forma de facilitar a compreensão sobre os parâmetros que orientaram as mudanças na política de saúde mental, apresentamos a seguir os principais referenciais normativos que embasaram a Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas realizada em 2017.

No Brasil, o modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas, passou por uma grande transformação a partir da década de 1980. Uma força vital dessa mudança veio do movimento intitulado antimanicomial, que questionava a segregação e as violências a que, sob o falso manto do cuidado, eram submetidas as pessoas com transtornos mentais. Como resultado efetivo das reivindicações de um novo projeto de cuidado, o movimento antimanicomial contribuiu para renovação de práticas na área e para o surgimento de novas diretrizes para a saúde pública brasileira, que emergiram a partir da Constituição Federal de 1988, entoadas com princípios inclusivos de organização do Estado e da sociedade.

A Constituição de 1988 é um marco na incorporação de todos os brasileiros como cidadãos e cidadãs, sem exceção. Tal princípio agrega, ao mesmo tempo, dimensão individual, no sentido de garantir a autonomia de todos os sujeitos, e coletiva, indicando que a sociedade busca organizar-se de forma plural e, assim, respeitar as especificidades de pessoas e grupos.

A atenção às pessoas com transtornos mentais – decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas – é uma ação de garantia à saúde, definida na Constituição como direito de seguridade social, sustentado pelos pilares da universalidade, equidade e integralidade.

Em que pese – para além das diretrizes estabelecidas pelo SUS – durante toda a década de 1990 o Estado brasileiro não ter conseguido aprovar nenhuma legislação nacional específica que versasse sobre garantias de direitos das pessoas com transtornos mentais, algumas unidades da federação saíram à frente com normativas locais. O Rio Grande do Sul, por meio da Lei Estadual nº 9.716/1992, foi o primeiro estado a implementar uma legislação específica; e o Distrito Federal, por meio da Lei nº 975/1995, a segunda unidade da federação a determinar o fechamento de hospitais psiquiátricos.

A Lei nº 10.216/2001

A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) foi construída sob a lógica de superação das práticas de exclusão. Essa norma definiu parâmetros para assegurar os direitos das pessoas com transtornos mentais (incluindo os decorrentes do uso de álcool e outras drogas), redirecionando o modelo de prevenção e assistência em saúde mental. Os primeiros artigos já asseguram, aos que recebem tratamento, proteção sem qualquer forma de discriminação quanto à origem étnica, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos, gravidade ou tempo de evolução do transtorno. A Lei nº 10.216/2001 (art. 2º, parágrafo único) define como direitos da pessoa com transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A partir da Lei da Reforma Psiquiátrica, o Estado redireciona a política de promoção de saúde mental, adotando como eixo central a devida participação das famílias e da sociedade, oferecendo, preferencialmente, serviços comunitários de saúde mental, opções de tratamento e recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. A legislação em questão rompe com a lógica segregacionista de internação como eixo da política de atenção à saúde. Nesse novo contorno legal, as internações são entendidas como recursos extremos, de curto prazo, somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrem insuficientes, e visando à reinserção social do paciente em seu meio (Lei nº 10.216/2001, art. 4º).

Diferentemente do que acontecia nos períodos de internação excessiva, sem regulamentação específica, com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, nos casos de internação, é requerida assistência integral, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer (Lei nº 10.216/2001, art. 4º, parágrafo 2º). Ademais, de modo distinto do que ocorria no passado, a legislação veda a internação em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos já mencionados.

As regras para internação voluntária e involuntária passaram a exigir laudo médico circunstanciado (Lei nº 10.216/2001, artigos 6º e 7º). Além disso, tornou-se imperativo que todas as internações involuntárias, realizadas por qualquer instituição, sejam comunicadas ao Ministério Público Estadual, no prazo de 72 horas.

No que se refere à internação compulsória, aquela realizada por determinação judicial, há de se aprofundar a problematização acerca da utilização desse recurso à revelia da legislação vigente.

Em que pese o fato de a Lei nº 10.216/2001 elencar a internação compulsória como uma modalidade, ela não autoriza, por si só, o Judiciário a aplicá-la, conforme se observa no artigo 9º:

A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Nesse sentido, a Lei nº 10.216/2001 determina que a internação compulsória somente poderá ser realizada de acordo com a legislação vigente, no caso, o Código Penal Brasileiro – uma vez que é a única norma do arcabouço jurídico brasileiro que regulamenta a internação a ser realizada pelo Poder Judiciário.

O Código Penal explicita, no art. 26, quando a pessoa poderá ter sua pena substituída por uma medida de segurança (entendida como medida terapêutica):

É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Outra hipótese é apresentada no art. 28, parágrafo 2º:

É isento de pena o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

As medidas de segurança são definidas no art. 96:

I - internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;
II - sujeição a tratamento ambulatorial.

Nos casos de crime previstos com pena equivalente à de detenção, a autoridade judiciária poderá optar pelo tratamento ambulatorial, como define o art. 97 do Código Penal:

Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

Há de se destacar que mesmo a internação compulsória destinada a pessoas consideradas inimputáveis é alvo de questionamentos por diversos segmentos da sociedade – em debate que tem amparo em legislações nacionais e internacionais.

Em 2011, a PFDC/MPF publicou parecer sobre o uso de medidas de segurança em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001, no qual expressa que “o atual sistema de execução da medida de segurança no Brasil configura uma das maiores violações aos direitos humanos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.”

Em outras palavras, a legislação relativiza a internação, mesmo em casos extremos, pois prevê a submissão das pessoas a tratamento ambulatorial. Nesse sentido, ninguém pode ser privado de sua liberdade sem o respeito ao devido processo legal. Nenhuma justificativa, incluindo a de tratamento, pode ser usada para o exercício de tal prática.

Outro ponto da Lei nº 10.216/2001 a ser destacado é o art. 8º, o qual estabelece que somente o profissional de medicina, inscrito no Conselho Regional da categoria, pode determinar a internação de uma pessoa, seja voluntária ou involuntária.

Nesse sentido, é importante estar atento ao fato de que a prática de resgate ou remoção de pacientes sem a presença de um profissional médico no momento da ação não deve ser considerada internação. Tal ocorrência pode caracterizar ilegalidade e até mesmo prática de sequestro.

Ao fim e ao cabo, há de se destacar, ainda, a existência de muitas questões que devem ser amadurecidas pelo sistema de justiça e pelo conjunto da sociedade sobre as contradições da internação compulsória, ainda que na forma descrita no Código Penal. Isso porque tal prática segue em contradição com as legislações específicas dos direitos das pessoas com transtornos mentais, sejam esses oriundos de álcool e outras drogas ou não. Nesse sentido, a internação, em qualquer de suas modalidades, cada vez mais tem sido compreendida como castigo, punição, e não como tratamento em saúde mental.

Direitos da Pessoa com Deficiência

Em 2008, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência foi ratificada pelo Brasil. Aprovada com três quintos dos votos do Congresso, em dois turnos, ela tem *status* de emenda constitucional (Decreto nº 6.949/2009). A Convenção, em seu art. 1º, define que pessoas com deficiência “são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação

com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”. Postula, em relação a essas pessoas – de acordo com o art. 14, item 1, alínea b, – que “não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade”.

Destaca-se que a diferenciação posta na legislação entre deficiência intelectual e deficiência mental não é por acaso. Essa distinção incorpora na agenda de proteção as pessoas com transtornos mentais – incluindo os decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Fundamentando-se nessa Convenção, em 2015, o Brasil aprovou o Estatuto da Pessoa com Deficiência, que reforça o veto ao tratamento ou institucionalização forçados. De acordo com o art. 11 do Decreto nº 13.146/2015, cidadãos e cidadãs com deficiência não poderão ser obrigados a se submeter à intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçados.

Ratifica-se, assim, que a privação de liberdade não pode ter como justificativa a existência da deficiência – inclusive a mental decorrente do uso de álcool e outras drogas. A lógica que orienta essa Convenção é similar àquela que se encontra na Constituição Federal de 1988 e na Lei da Reforma Psiquiátrica, indicando uma convergência entre profissionais do campo da saúde, do direito e dos direitos humanos no Brasil e no exterior. A ênfase do cuidado com a saúde no território – e não em espaços de isolamento – busca justamente o não rompimento dos laços sociais.

Assim, essas normas legais convergem no sentido do fim do isolamento e das instituições asilares que o promovem. Elas compartilham a perspectiva de que Estado, sociedade, familiares e usuários dos serviços de saúde mental precisam estar em diálogo permanente. O cuidado, tratamento ou prevenção de danos às pessoas com transtornos mentais é parte da transformação da própria sociedade em uma que seja capaz de conviver com as diversas expressões humanas.

Políticas sobre Drogas

As atuais políticas brasileiras que versam sobre a atenção à saúde de usuários de drogas seguem rumos semelhantes. A Lei nº 11.343/2006 traz um capítulo sobre atividades de atenção e de reinserção social de usuários ou dependentes de drogas, mediante ações que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso. De acordo com o art. 22 da citada lei,

o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) está alicerçado nos seguintes princípios:

- I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;
- II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;
- III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;
- IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;
- V - observância das orientações e normas emanadas do Conad;
- VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

O respeito às diretrizes do Ministério da Saúde, além da obrigatória previsão orçamentária adequada, são determinações dessa norma. Nela também se prescreve a existência de projeto terapêutico individualizado e orientado à inclusão social (Lei nº 11.343/2006, art. 22, inciso III).

Essa lei estabeleceu a possibilidade de que instituições da sociedade civil, sem fins lucrativos, com atuação nas áreas de saúde e assistência social e que atendam usuários ou dependentes de drogas, recebam recursos do Fundo Nacional Antidrogas (Lei nº 11.343/2006, art. 25).

Em 2010, a Presidência da República instituiu um Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cuja gestão ficou a cargo do Ministério da Justiça. No decreto que estabeleceu o plano, propunha-se articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos e de juventude. O Plano tinha como objetivo a prevenção do uso, o tratamento e a reinserção social de usuários, além do enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas.

O programa “Crack, é Possível Vencer” foi lançado em 2010 a partir desse Plano Integrado, que incluiu as comunidades terapêuticas entre os dispositivos do eixo de cuidado, como Serviços de Atenção em Regime Residencial Transitório. Em 2011, por meio da Portaria nº 3.088, o Ministério da Saúde instituiu a Rede

de Atenção Psicossocial, na qual também incluiria como dispositivo as comunidades terapêuticas, em caráter de Regime Residencial, sendo que, no ano seguinte, em 2012, publicou a Portaria MS nº 131, que instituiu incentivo financeiro para municípios, estados e o Distrito Federal para apoiar a ampliação dessa rede.

No programa federal, as comunidades terapêuticas teriam “módulos” de 15 ou, no máximo, 30 vagas, seriam destinadas a adultos, ofereceriam acolhimento referenciado por Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e compartilhado com a atenção básica, além de manter-se articuladas com os serviços de saúde do território. A contratação e o repasse de recursos para essas unidades seriam realizados por estados ou municípios. Entre as condições para aderir ao programa, constam a existência da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), com serviços mínimos de atenção e cuidado integral aos usuários nos municípios.³

Prevenção e Combate à Tortura de Pessoas em Privação de Liberdade

Outras referências que orientaram a Inspeção Nacional das Comunidades Terapêuticas provêm das normas relativas a pessoas em privação de liberdade, seja devido ao cumprimento de sanção judicial de natureza penal, seja devido ao atendimento em unidades de assistência em tempo integral, como medida protetiva em situação de vulnerabilidade. A Lei nº 12.847/2013, que cria o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT), em seu art. 3º, define como pessoas privadas de liberdade:

Aquelas obrigadas, por mandado ou ordem de autoridade judicial, ou administrativa ou policial, a permanecerem em determinados locais públicos ou privados, dos quais não possam sair de modo independente de sua vontade, abrangendo locais de internação de longa permanência, centros de detenção, estabelecimentos penais, hospitais psiquiátricos, casas de custódia, instituições socioeducativas para adolescentes em conflito com a lei e centros de detenção disciplinar em âmbito militar, bem como nas instalações mantidas pelos órgãos elencados no art. 61 da Lei nº 7.210/1984

As definições legais de tortura vigentes no ordenamento jurídico brasileiro são oriundas de três principais fontes, conforme sistematizado pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). De acordo com o art. 19 da Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (ratificada pelo Brasil em 2007),

3 BRASIL. Documento de apresentação de diretrizes e estratégias do programa Crack, é Possível Vencer. Brasília, 2013.

tortura é qualquer ato cometido por agentes públicos ou atores no exercício da função pública pelo qual se inflija intencionalmente a uma pessoa dores ou sofrimentos graves, físicos ou mentais, a fim de obter informação ou confissão, de castigá-la por um ato que cometeu ou que se suspeite que tenha cometido, de intimidar ou coagir, ou por qualquer razão baseada em algum tipo de discriminação. Já a Lei nº 9.455/1997, tipifica os crimes de tortura como condutas para constranger alguém com emprego de violência ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento psíquico ou mental com a finalidade de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceiros, de provocar ação ou omissão de natureza criminoso, ou em razão de discriminação racial ou religiosa. A lei brasileira define ainda, como tortura, o ato de submeter alguém sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de violência ou grave ameaça, a intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.

Em relação às pessoas privadas de liberdade em razão de medidas protetivas ou assistenciais, o MNPCT adota, além dos conceitos já mencionados, perspectiva ampliada na definição de tortura prevista no art. 29 da Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, a fim de contemplar a vulnerabilidade peculiar das pessoas nessas instituições. Objetivamente, considera-se tortura ações ou omissões de funcionários públicos ou de pessoas em exercício de funções públicas que, mesmo não causando sofrimento físico ou mental, sejam compreendidas como: (i) métodos tendentes a anular a personalidade da vítima, e (ii) métodos tendentes a diminuir capacidade física ou mental.

Políticas Públicas e Saúde Mental: Disputas em Curso

Com base nos marcos normativos aqui descritos, o Estado brasileiro vem construindo a transição do modelo assistencial, substituindo a perspectiva manicomial por equipamentos de cuidado em liberdade enraizados nos territórios. A articulação com a atenção básica à saúde vem sendo realizada por meio das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e dos consultórios de rua, inclusive em pequenos municípios que não contam com Centros de Atenção Psicossocial (Caps). A quantidade de Caps no país vem aumentando gradativamente. O total passou de 148 em 1998 para 2.462 em 2015⁴, incluindo 324 Caps AD e 106 Caps ADIII – implantados a partir de 2011 entre as estratégias do programa “Crack, é Possível Vencer”. Tratam-se de unidades que funcionam de forma contínua, 24 horas por dia. Também compõem a rede

4 MINISTÉRIO DA SAÚDE/ Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, Agosto de 2017. Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), centros de convivência, emergências psiquiátricas em hospitais gerais e atendimentos em saúde mental na rede básica de saúde, entre outros.⁵

Apesar dos avanços, são muitos os desafios para a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de atenção. Não há dúvida de que o País ainda precisa investir na ampliação e qualificação desses serviços, de forma que sejam mais facilmente acessíveis à população, mais abertos, comunitários e inseridos no território.

Na década corrente, as políticas sobre drogas ganharam destaque. O uso de crack, em pequenas e grandes cidades, apresentou impacto sobre a dinâmica urbana (sobretudo em algumas capitais), recebeu ampla cobertura da mídia e acabou pavimentando o caminho para novas ações em saúde, assistência social e segurança pública voltadas a usuários dessas substâncias.

Nesse contexto, alguns textos normativos passaram a incluir comunidades terapêuticas como mecanismos de atenção. Em dezembro de 2011, uma portaria do Ministério da Saúde formalizou a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) 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).

A Portaria MS/GM nº 3.088/2011 definiu a composição da rede e os papéis que cada “ponto de atenção” deve cumprir, articulando atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação. As comunidades terapêuticas foram incluídas como Serviços de Atenção em Regime Residencial, de caráter transitório, definidas como “serviços de saúde destinados 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” (Portaria MS/GM nº 3.088/2011, art. 9º, inciso II).

Há de se destacar que o art. 2º da Portaria MS/GM nº 3.088/2011, estabelece como eixo central de suas premissas a garantia inalienável dos direitos humanos. Nesse sentido, todos os dispositivos da Raps (incluindo as comunidades terapêuticas) estão submetidos às diretrizes previstas, sob pena de atuarem em desacordo com o marco normativo. A portaria do Ministério da Saúde, portanto, deu um novo passo no sentido de incluir esses estabelecimentos na rede de atenção à saúde, tendo colocado no horizonte o repasse de recursos públicos a comunidades terapêuticas, sem que houvesse definição precisa do significado do termo.

5 MINISTÉRIO DA SAÚDE/ Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados 12. Ano 10, nº 12, outubro de 2015.

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou nova portaria, instituindo incentivos financeiros a estados, municípios e ao Distrito Federal para apoio aos serviços em Regime Residencial, incluindo comunidades terapêuticas (Portaria MS/GM nº 131/2012). Essa norma definiu padrões para que as comunidades terapêuticas pudessem receber financiamento, incluindo documentação, projeto técnico, estrutura, equipe técnica, acompanhamento clínico, entre outros.

Meses antes, em junho de 2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) havia regulamentado 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 (SPA), em regime de residência” (Resolução RDC nº 29/2011, da Diretoria Colegiada da Anvisa). Em que pese essa norma não mencionar diretamente o nome “comunidade terapêutica”, uma Nota Técnica⁶ publicada pela Anvisa em 2013 foi categórica em usar a expressão comunidades terapêuticas para se referir a essas instituições, além de dirimir dúvidas sobre responsável técnico (nível superior legalmente habilitado e com formação em qualquer área), gestão de pessoal (recursos humanos em período integral) e processo de admissão (requerendo avaliação por instituições da rede de saúde).

A inclusão das comunidades terapêuticas como dispositivos do sistema de atenção à saúde foi objeto de intensos debates entre 2010 e 2012, e manteve-se como objeto de controvérsias, inclusive no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), alocado no Ministério da Justiça no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). Quando, ao longo de 2014, discutiu-se uma minuta para regulamentação de comunidades terapêuticas no que tange à legislação das políticas sobre drogas, os Conselhos Federais de Psicologia e Serviço Social, entre outros, questionaram pontos do texto incongruentes com as diretrizes de atenção à saúde mental já definidas pela Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, dentre outras normativas e legislações que versam sobre a área. Em 2015, uma resolução foi publicada pelo Conad, caracterizando as comunidades terapêuticas como “entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa” (Res. PR/GSI/CONAD nº 1/2015).

Após ação do Ministério Público Federal em São Paulo, a resolução chegou a ser suspensa pela Justiça Federal (2ª Vara Federal de São Paulo), mas voltou a vigorar por decisão de desembargadora do Tribunal Regional Federal da 3ª Região.⁷ O tema, portanto, segue sob disputa no momento da publicação deste relatório.

6 Nota Técnica nº 055/2013 GRECS/GGTES/ANVISA

7 Processo número 0014992-18.2016.403.6100. A tramitação pode ser consultada em <http://www.jfsp.jus.br/foruns-federais/>

Ainda em 2016, a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, incluiu comunidades terapêuticas na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde, tipificando-as como entidades sem característica de atendimento clínico, médico ou mesmo hospitalar ou internação psiquiátrica (Portaria SAS/MS nº 1.482/2016). A norma, em suma, integra as comunidades terapêuticas à rede complementar de atenção à saúde, ao passar a considerá-las como elegíveis ao cadastramento no CNES e, portanto, ao recebimento de recursos do Sistema Único de Saúde.

Essa portaria foi objeto de debate no Conselho Nacional de Saúde (CNS), que recomendou ao Ministério da Saúde a revogação da normativa, questionando a legalidade de considerar comunidades terapêuticas como estabelecimentos de saúde. Porém, um membro do CNS apresentou recurso à recomendação, gerando impasse que se mantém no momento da publicação deste relatório.

Nesses debates, traduzidos em disputas sobre normas e políticas públicas, transparecem princípios e interesses diversos em torno da regulamentação das comunidades terapêuticas no Brasil.

A inserção de comunidades terapêuticas como dispositivos de atendimento a usuários de álcool e outras drogas gerou diversas reações da sociedade civil e de setores do poder público. Elas são expressões que tendem ao retorno de uma estratégia de cuidado centrado nas doenças e no modelo asilar, paradoxalmente inseridas em normativas sobre atenção a usuários de álcool e outras drogas que afirmam ter como premissas o cuidado em liberdade, a atenção psicossocial e, inclusive, a redução de danos – conforme apontam estudos acadêmicos recentes.⁸

Resolução nº 2.056/2013 do Conselho Federal de Medicina (CFM)

O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução nº 2.056/2013, definiu e normatizou serviços e ambientes médicos, determinando critérios mínimos para funcionamento, bem como a atuação dos profissionais médicos nesses locais. O texto trata dos estabelecimentos de internação médica, definindo as condições mínimas para serviços que realizem assistência em regime de internação, parcial ou integral (Resolução CFM nº 2.056/2013, art. 26).

8 TEIXEIRA, Mirna Barros *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, May 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501455&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Jan. 2018.

A Resolução CFM nº 2.056/2013 diferencia as comunidades terapêuticas de caráter médico daquelas consideradas não médicas. O parágrafo 2º, do art. 28, aponta que:

As comunidades terapêuticas de natureza médica deverão ser dotadas das mesmas condições que os demais estabelecimentos de hospitalização, garantindo plantão médico presencial durante todo o seu horário de funcionamento, e presença de médicos assistentes e equipe completa de pessoal, de acordo com a Lei nº 10.216/2001, as presentes normas e o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Nesse sentido, a referida normativa visa garantir que sejam observados os parâmetros de assistência adequada, caso a comunidade terapêutica realize internação, parcial ou integral, assim como prescrição de medicamentos – caracterizando-se como comunidade de natureza médica.

No parágrafo 1º, do art. 29, a Resolução CFM nº 2.056/2013 aponta, ainda, proibições para as comunidades terapêuticas não médicas:

Nesses estabelecimentos não devem ocorrer prescrições médicas, sendo terminantemente vedadas internações involuntárias e compulsórias em função de transtorno psiquiátrico, entre os quais a dependência química, ou de patologias que requeiram atenção médica presencial e constante.

A Resolução CFM nº 2.056/2013 deixa claro, portanto, que procedimentos de internações involuntárias e compulsórias, bem como prescrição de medicamentos, só podem ser realizados por comunidades terapêuticas médicas.

Isso implica que as comunidades terapêuticas que realizam internações involuntárias e compulsórias precisam estar dotadas das mesmas condições dos estabelecimentos hospitalares, ou seja, dispor de plantão médico presencial durante todo o horário de funcionamento e equipe completa de pessoal.

Direitos Fundamentais

Por fim, cabe recordar que, onde quer que estejam as pessoas, e independentemente dos transtornos ou dos tratamentos que recebam, o respeito à dignidade humana é garantido tanto pela Constituição Federal de 1988 quanto por instrumentos internacionais de direitos humanos.

Dentre os direitos e deveres individuais e coletivos estabelecidos pelo art. 5º da Constituição Federal de 1988, figura a igualdade perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. O texto constitucional prescreve que:

- II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;
- III - ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante;
- IV - é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato;
- VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias;
- VII - é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva;
- X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;
- XII - é inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e das comunicações telefônicas, salvo, no último caso, por ordem judicial, nas hipóteses e na forma que a lei estabelecer para fins de investigação criminal ou instrução processual penal;

O artigo 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos garante a todo indivíduo direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal. Os artigos seguintes postulam que ninguém será mantido em escravidão ou em servidão e que ninguém será submetido à tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

A Convenção Americana sobre Direitos Humanos ratifica, em seu artigo 7º, o direito à liberdade e segurança pessoais e que ninguém será privado de liberdade física, salvo pelas causas e nas condições previamente fixadas pelas constituições políticas dos Estados Partes ou pelas leis de acordo com elas promulgadas.

Com base nessa Convenção, em 2006, a Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), no caso Caso Ximenes Lopes, em decisão inédita, condenou o Brasil por violação aos direitos à vida, à integridade física, às garantias judiciais e à proteção judicial. O cearense Damião Ximenes Lopes, então com 30 anos e com histórico de transtornos mentais, morreu vítima de espancamento, maus-tratos e tortura, em 4 de outubro de 1999, após três dias de internação na

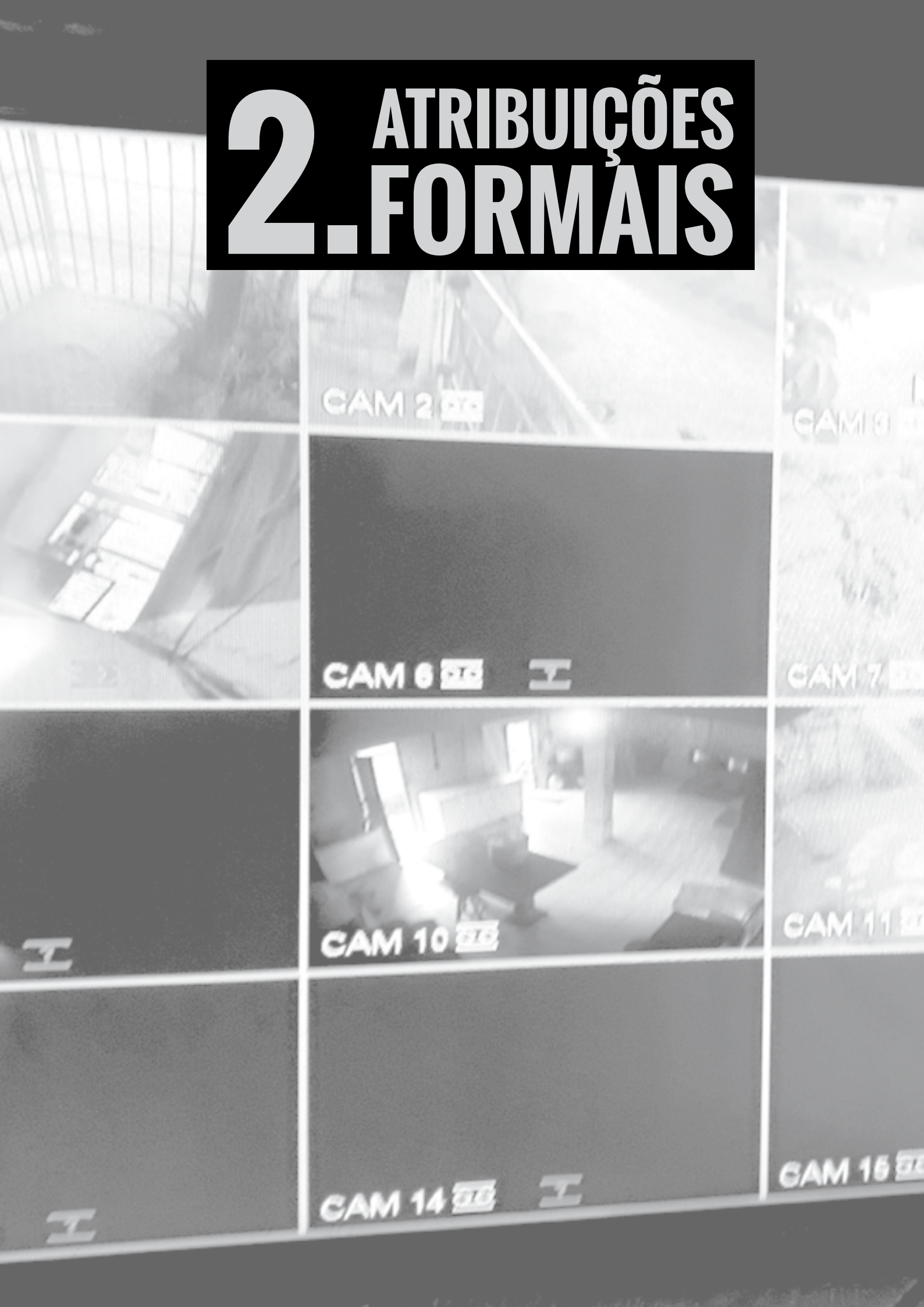
Casa de Repouso Guararapes, um hospital psiquiátrico privado localizado em Sobral, Ceará, então credenciado para atendimento pelo SUS. Na sentença⁹, a Corte incluiu parecer da médica psiquiátrica Lídia Dias Costa, que acompanhou as investigações do caso, e destacou que Damião sofreu lesões traumáticas correspondentes à tortura, conforme definido pelo Protocolo de Istambul. A decisão elevou a nível internacional a pressão sobre o Estado brasileiro para rever as políticas públicas no campo da saúde mental.

Todo esse arcabouço legal e normativo embasou a realização da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas 2017, com o objetivo de reunir informações sobre as práticas desenvolvidas nesses espaços e aferir o respeito aos princípios e normas aqui apresentados.

Cabe observar que, em dezembro de 2017, a Política Nacional de Saúde Mental sofreu modificações por iniciativa do Ministério da Saúde, aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Além de alterações significativas na Raps, a atualização normativa estabeleceu que as comunidades terapêuticas seriam objeto de regulamentação posterior, por portaria específica. Este relatório, no entanto, foi construído a partir do marco regulatório vigente no momento de realização da inspeção, em outubro de 2017.

9 CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes versus Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006. Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf

2. ATRIBUIÇÕES FORMAIS



2. ATRIBUIÇÕES FORMAIS

As três instituições que coordenaram esta Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas têm atribuições, definidas pelo Estado brasileiro, relativas à proteção de direitos, à fiscalização da aplicação das leis e de instituições que oferecem serviços à sociedade, bem como à regulação de exercício profissional. Cada uma delas acumula experiências específicas no campo de saúde mental, que forneceram as bases técnica, metodológica e jurídica para a realização dessa atividade.

Esta seção apresenta, de maneira breve, os mandatos do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF). Também descreve algumas de suas ações prévias em prol da garantia de direitos na área de saúde mental, de modo a sintetizar responsabilidades, atribuições e experiência nos temas que concernem a este relatório.

Conselho Federal de Psicologia

Cabe aos Conselhos Federal e Regionais de Psicologia orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão, além de realizar mediação entre a psicologia e a sociedade. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) tem como prerrogativa elaborar, aprovar e zelar pelo cumprimento do Código de Ética Profissional do Psicólogo. Atua ainda como um tribunal superior de ética profissional. O Conselho Federal mantém uma Secretaria de Orientação e Ética que cuida da elaboração de diretrizes para os trabalhos dos Conselhos Regionais de Psicologia relacionados a orientação e ética profissional.

A Secretaria de Orientação e Ética do CFP atua em parceria com as chamadas Comissões de Orientação e Ética (COEs) e Comissões de Orientação e Fiscalização (COFs) dos Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs). Além de fiscalizar o exercício profissional por meio de diligências, essas comissões regionais têm a função de orientar o exercício da profissão de psicóloga e psicólogo, pautado no Código de Ética Profissional.

Por meio de resoluções, o CFP orienta o cumprimento da legislação profissional e define, legalmente, as competências do exercício da psicologia. É nesse sentido

de regulação da profissão que podem ser entendidas resoluções que balizam práticas profissionais, inclusive aquelas que orientam as inspeções de direitos humanos. Além da regulamentação formal, o CFP e os CRPs vêm promovendo espaços de debate e formulação de referências técnicas para a atuação da psicologia em diversas áreas.

Cabe também ao CFP realizar ações de fiscalização das práticas de psicólogas e psicólogos, sempre de acordo com o Código de Ética e de resoluções que definem parâmetros para a profissão. Assim, a inserção do CFP nos debates públicos sobre comunidades terapêuticas é balizada na preocupação com a atuação de psicólogas e psicólogos nesses espaços e com o respeito às normas da profissão e aos direitos humanos.

A atuação dos conselhos está diretamente relacionada a diversos temas socialmente relevantes nos quais a psicologia foi convocada a atuar nas décadas recentes. Assim, atravessam esse debate o histórico envolvimento dos conselhos e profissionais nos movimentos sanitarista e antimanicomial, que pelo menos desde os anos 1970 levaram à reformulação dos tratamentos e questionaram a internação e exclusão do convívio em sociedade como princípios para o trabalho. As discussões sobre presídios, locais de longa permanência de idosos, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e espaços de internação de usuários de drogas estão relacionadas à pauta antimanicomial e levaram à realização de Inspeções Nacionais de Direitos Humanos, pelo CFP e Conselhos Regionais de Psicologia, pela Comissão Nacional de Direitos Humanos e pelas respectivas comissões regionais, sempre ao lado de parceiros locais.

Da mesma maneira, o debate sobre uso de álcool e outras drogas vem mobilizando psicólogas e psicólogos, acadêmicos e gestores públicos. Todos esses temas têm reflexos diretos em questões relativas à regulação da profissão e à regulamentação das práticas de psicólogas e psicólogos, mas também no debate sobre políticas públicas de saúde e assistência social.

O CFP mantém, desde 1997, uma Comissão de Direitos Humanos e, nos anos seguintes, estabeleceram-se tais comissões nos Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs). Elas têm como objetivos incentivar a reflexão e o debate sobre os direitos humanos inerentes à formação, à prática profissional e à pesquisa em psicologia. Buscam estudar os múltiplos processos de exclusão enquanto fonte de produção de sofrimento mental, evidenciando o modo de produção socioeconômico e os efeitos psicológicos que constituem sua vertente subjetiva.

Cabe às comissões intervir em situações concretas de violações dos direitos humanos, em especial naquelas que produzam sofrimento mental, e buscar soluções para a omissão de ações do Estado.

Ao longo de 30 anos, as Comissões de Direitos Humanos desenvolveram principalmente três mecanismos de atuação dentro da psicologia: a realização de seminários temáticos, a proposição de campanhas de sensibilização e de destaque a debates e, por fim, a proposição de inspeções de direitos humanos, de abrangência nacional, ao lado de parceiros. Essas últimas têm o objetivo de intervir em situações concretas nas quais há violações dos direitos humanos, sobretudo quando elas produzem sofrimento mental.

A primeira inspeção, intitulada “Inspeção Nacional de Unidades Psiquiátricas em prol dos direitos humanos”, foi realizada simultaneamente em 16 estados brasileiros e no Distrito Federal, em 2004. A segunda, intitulada “Um retrato das unidades de internação de adolescentes em Conflito com a lei”, aconteceu em 22 estados e no DF, em 2006. A terceira inspeção, em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), foi promovida em 2017, em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), em 12 unidades da federação (11 estados e no DF). A “4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas” ocorreu em 2011 e realizou vistorias em 68 instituições de internação, em 24 estados brasileiros e no DF, com diversos parceiros locais. Em 2015, foi realizada uma inspeção em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs), em parceria com o Conselho Federal da OAB e com a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa), com visitas a manicômios judiciais, hospitais de custódia, alas psiquiátricas e similares em 17 estados e no DF.

Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

O Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPTC) é fruto do compromisso internacional assumido pelo Estado brasileiro em 2007, com a ratificação do Protocolo Facultativo à Convenção Contra Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes da Organização das Nações Unidas (ONU).

O MNPTC faz parte do Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, estabelecido pela Lei nº 12.847/2013, regulamentado pelo Decreto Presidencial nº 8.154/2013. É composto por 11 peritas e peritos especialistas, com notório conhecimento e experiência na área de prevenção e combate à tortura e a outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos e degradantes. A eles cabe, de acordo com a lei, planejar, realizar visitas e monitorar de maneira periódica e regular as pessoas privadas de liberdade para verificar as condições de fato e de direito a que se encontram submetidas. Compete ao MNPTC articular-se com o Subcomitê de Prevenção da Organização das Nações Unidas, no sentido de garantir apoio a suas atividades em todo território nacional, construindo estratégias para formatação de políticas de prevenção e combate à tortura e a outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos e degradantes.

Para tanto, é garantido aos peritos acesso irrestrito a instalações de toda e qualquer instituição de privação de liberdade onde pessoas estejam obrigadas, por mandado ou ordem de autoridade judicial, ou administrativa ou policial, a permanecerem em determinados locais públicos ou privados, dos quais não possam sair independentemente de sua vontade, abrangendo locais como centros de detenção, unidades de internação de longa permanência, manicômios judiciários, instituições que ofertam tratamento para pessoas que fazem o uso de álcool e outras drogas (o que inclui as comunidades terapêuticas), estabelecimentos penais, hospitais psiquiátricos, abrigos de pessoas idosas, instituições socioeducativas ou centros militares de detenção disciplinar.

Ao MNPCT cabe, conforme imperativo legal, elaborar relatório circunstanciado com recomendações às autoridades competentes (seja na esfera municipal, estadual ou federal) afetas às instituições inspecionadas, cuja finalidade é a construção de estratégias que mudem a realidade acessada, de modo a garantir direitos daquela população até então desconsiderados.

Os relatórios produzidos pelo MNPCT são apresentados ao Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, à Procuradoria-Geral da República, à administração das unidades visitadas e a outras autoridades competentes. Adicionalmente, as recomendações emitidas pelo Mecanismo Nacional devem ser levadas em consideração no repasse de recursos federais às unidades da federação, em especial na seleção de projetos que utilizem recursos oriundos do Fundo Penitenciário Nacional, do Fundo Nacional de Segurança Pública, do Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente.

O MNPCT pode ainda requerer a instauração de procedimento criminal e administrativo mediante a constatação de indícios da prática de tortura e de outros tratamentos e práticas cruéis, desumanos ou degradantes. Cabe a ele também sugerir propostas legislativas.

Desde sua criação, o Mecanismo Nacional inspecionou diversas instituições afetas à temática da saúde mental, em 11 unidades da federação. Como espaços de privação de liberdade, os manicômios (judiciais ou hospitais psiquiátricos clássicos) e demais instituições asilares voltadas a pessoas com transtornos mentais, relativos ou não ao uso de álcool e outras drogas, incluindo as chamadas comunidades terapêuticas, vêm sendo inspecionadas pelo Mecanismo Nacional, em razão do grande número de denúncias contra essas instituições. Destaca-se que, para além das denúncias, a escolha dos estados e, posteriormente das instituições, segue planejamento anual do órgão, que leva em consideração a equidade de missões a serem realizadas entre todas as regiões do país.

Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão

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

No campo da saúde mental, a PFDC pauta sua atuação com vistas a assegurar que a política de atenção à saúde mental implementada pelo Estado brasileiro atenda aos princípios estabelecidos na Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), na Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência e na Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015), entre outras normativas.

Esse amplo arcabouço legal é claro ao designar que a reinserção social da pessoa com transtorno mental é possível somente a partir de um modelo de cuidado aberto e de base comunitária, orientado pelo respeito à dignidade humana.

Nesse sentido, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão tem se dedicado ao permanente acompanhamento de políticas públicas voltadas a essa população. O objetivo é assegurar uma atenção multidisciplinar, focada na inclusão e na autonomia das pessoas com transtorno mental, a partir de um novo arranjo dos serviços e dos investimentos públicos na área – tendo como referência o Sistema Único de Saúde (SUS).

A atuação se dá especialmente a partir das novas diretrizes estabelecidas pela Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, em 2001. A legislação instituiu um novo paradigma na política de saúde mental no país, orientando para o fim da internação em instituições com características asilares e para o atendimento a partir de uma rede de serviços comunitários.

É sob essa perspectiva que, em 2012, por exemplo, o Ministério Público Federal passa a mobilizar esforços para a desinstitucionalização de pacientes mantidos em hospitais psiquiátricos de longa permanência na região de Sorocaba/SP – considerada o maior polo manicomial do país. Por meio de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) – que também envolveu o MP estadual, União, estado e municípios –, sete hospitais psiquiátricos particulares da região assumiram o compromisso de transferir todos seus pacientes para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) gerida pelo poder público.

Além do fim do confinamento nesses estabelecimentos asilares, o TAC estabeleceu a criação de residências terapêuticas e a concessão de benefício assistencial pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) aos internos. A busca por assegurar a dignidade de centenas de pacientes que viviam nessas

instituições foi reconhecida pelo Prêmio Inovare, que em 2014 designou a atuação do Ministério Público como uma das vencedoras da premiação.

A exemplo do trabalho realizado no polo manicomial de Sorocaba, outras Procuradorias dos Direitos do Cidadão também têm atuado para o cumprimento das diretrizes da Lei nº 10.216/2001. A proposta central é não apenas a desinstitucionalização psiquiátrica, mas também fortalecer a implementação da Rede de Atenção Psicossocial, a partir de serviços centrados na atenção multidisciplinar, na inclusão e na autonomia das pessoas com transtorno mental – inclusive aquelas em decorrência do uso de álcool e outras drogas.

Acerca do tema, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão tem reforçado seu entendimento de que a atenção às pessoas com problemas decorrentes de uso abusivo de substâncias psicoativas deve se dar no âmbito do SUS. Nesse sentido, a PFDC tem se posicionado contrariamente à concessão de recursos públicos às chamadas comunidades terapêuticas – cujo modelo de atuação se dá à revelia das diretrizes firmadas pela Lei nº 10.216/2001. Em 2016, inclusive, após ação do Ministério Público Federal, a Justiça determinou, em caráter liminar, que o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) suspendesse resolução que permitia a existência de entidades de acolhimento não enquadradas como equipamentos de saúde. A resolução chegou a ser suspensa pela Justiça Federal, mas voltou a vigorar por decisão do Tribunal Regional Federal da 3ª Região e, na data de publicação deste relatório, ainda aguardava decisão final.

Outra frente de atuação está na busca por alçar as pessoas em cumprimento de medida de segurança aos dispositivos da Lei da Reforma Psiquiátrica, garantindo-lhes o atendimento pelo Sistema Único de Saúde. Com esse propósito, em 2009, a PFDC instituiu uma comissão interdisciplinar de especialistas e procuradores para analisar a situação das pessoas com transtorno mental em cumprimento de medida de segurança, assim como a situação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico existentes em todas as unidades da federação. O trabalho resultou na produção do “Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei nº 10.216/2001” – publicação que constitui referência na atuação do Ministério Público Federal na área.

Desde 2017, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão passou a contar com um grupo de trabalho dedicado ao tema direito à saúde mental. O coletivo tem atuado, sobretudo, diante das ameaças de desmonte da atual política nacional de saúde mental – ancoradas na recente proposta do governo federal de alterar o modelo e o financiamento da Rede de Atenção Psicossocial.

3. METODOLOGIA



3. METODOLOGIA

As inspeções, realizadas em 11 estados brasileiros e no Distrito Federal, seguiram uma metodologia comum, formada por visitas nas quais foram registradas observações dos profissionais participantes, realizadas entrevistas com dirigentes, funcionários e internos das comunidades terapêuticas, e coletados documentos. Examinadas a partir dos mesmos procedimentos e indagações, as práticas identificadas por meio das visitas permitem um olhar geral sobre as comunidades terapêuticas no Brasil.

A metodologia empregada foi desenvolvida a partir das experiências da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e do Conselho Federal de Psicologia (CFP). A inspeção teve como base legislação nacional e acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário.

O cerne da inspeção foram as visitas a comunidades terapêuticas, nas quais uma equipe levantou as informações, posteriormente relatadas e analisadas. Cada equipe foi composta, no mínimo, por representantes da PFDC/MPF e dos Conselhos Regionais de Psicologia, acompanhados de parceiros locais (as equipes de cada visita estão elencadas no Anexo 1). Peritos do MNPCT estiveram presentes em alguns estados.

Em síntese, nas visitas, as inspeções levantaram informações sobre as comunidades terapêuticas a partir de quatro perspectivas:

1. Entrevistas com as pessoas privadas de liberdade: para entender o funcionamento da instituição, do ponto de vista das pessoas internadas, com ênfase na identificação de possíveis violações de direitos;
2. Entrevistas com equipe de trabalhadores: com vistas a verificar o funcionamento da instituição, do ponto de vista dos funcionários;
3. Análise de documentos: levantamento da base formal de funcionamento da CT, incluindo alvará de funcionamento, regimento interno, projetos terapêuticos e registro de atividades;
4. Entrevista com a direção da CT: para avaliar o ponto de vista oficial da instituição sobre sua organização interna e funcionamento.

A coleta em separado dessas informações foi importante para construção de um quadro consistente do funcionamento dessas instituições, especialmente no que tange à situação das pessoas privadas de liberdade. Assim, foi importante verificar se as informações coletadas confirmavam ou contradiziam umas às outras – o que se convencionou chamar, neste relatório, de “triangulação das informações”.

O relatório final aqui apresentado foi construído a partir do conjunto dos relatórios locais, advindos de cada região do país. Importante destacar que há, no Brasil, número reduzido de publicações e análises que versam sobre comunidades terapêuticas, por vezes com conclusões discordantes, de forma que a inspeção nacional - com essa metodologia e caráter exploratório - busca reunir informações confiáveis sobre práticas e dinâmicas encontradas nesses locais.

Objetivos e Planejamento

As inspeções tiveram, grosso modo, dois objetivos: verificar e analisar as condições de privação de liberdade de pessoas internadas em comunidades terapêuticas, sobretudo a existência de violação de direitos; e analisar o *modus operandi* das instituições inspecionadas.

A Coordenação Nacional da ação desencadeou um processo de mobilização nos estados para organização das visitas. Durante o período de planejamento, foram realizadas mais de 30 videoconferências com os estados com vistas a: apresentar a metodologia das inspeções, eventualmente fazendo revisões ou inclusões; e auxiliar no planejamento das inspeções em si, discutindo questões logísticas e a preparação do relatório. No que se refere à seleção dos locais a serem visitados, embora o tema tenha sido objeto de reflexão com a coordenação nacional da inspeção, a escolha das comunidades terapêuticas a serem vistoriadas ficou sob responsabilidade exclusiva das equipes nos estados.

Inspeções

A Inspeção Nacional ocorreu nos dias 16 e 17 de outubro de 2017, mobilizando equipes em 12 unidades da federação (11 estados e o DF) e visitando, ao todo, 28 comunidades terapêuticas. Tanto a data quanto a indicação das CTs a serem inspecionadas foram objeto de sigilo, com vistas a permitir que as inspeções encontrassem uma situação o mais próxima possível do cotidiano vivido nessas instituições.

As equipes de inspeção possuíam o mínimo de quatro e o máximo de dez pessoas. Ao chegar à instituição, cada equipe se apresentava ao responsável presente, indicando os objetivos e a dinâmica do trabalho. Além disso, era informada uma lista de documentos que a CT deveria apresentar e marcada, para o final da inspeção, uma entrevista com a direção da comunidade.

Após essa apresentação, a equipe se dividia para conhecer a infraestrutura da comunidade terapêutica e realizar as entrevistas semiestruturadas com as pessoas privadas de liberdade e com funcionários. As entrevistas foram sempre conduzidas em duplas e, no caso de CTs onde havia mulheres internadas, preferencialmente por mulheres. O propósito dessas entrevistas foi captar a forma de funcionamento da CT, especialmente sobre projetos terapêuticos (global e singular), regras e sanções (inclusive castigos, contenções físicas ou químicas), o que se entende por laborterapia, práticas de “resgate” ou remoção, práticas religiosas, tratamento em termos de gênero e sexualidade, privacidade e modos de denúncia contra abusos, assim como eventuais barreiras para impedir que a pessoa internada deixasse a instituição por vontade própria. O formato semiestruturado visava deixar o entrevistado à vontade para falar, sendo que lhe foram assegurados o anonimato e a privacidade das declarações.

A última etapa da inspeção foi a entrevista com a direção ou o responsável presente na CT, baseada em questionário estruturado. O formato visou obter informações oficiais sobre o funcionamento da instituição, de forma detalhada.

Análise e Redação dos Relatórios

Nos estados participantes, o respectivo Conselho Regional de Psicologia foi designado como ponto focal para receber as informações colhidas ao longo da inspeção, inclusive pelos procuradores da República (co-coordenadores da inspeção local juntamente com os CRPs em cada região), e redigir o relatório de cada comunidade visitada, que foi remetido à Coordenação Nacional. Os 28 relatórios locais, por sua vez, subsidiaram a construção do relatório nacional.

Inicialmente, as informações de cada um dos relatórios foram tabuladas de forma a permitir a identificação da frequência de ocorrência de cada tema pesquisado, à luz da metodologia proposta. Dessa sistematização resultaram os dados quantitativos que serão mencionados ao longo do texto de análise.

Além disso, trechos dos relatórios de cada estado foram selecionados de forma a evidenciar, no relatório final, o trabalho de inspeção realizado e aportar relatos das situações concretas encontradas. Os trechos selecionados têm o objetivo de trazer exemplos e de subsidiar as análises. Os casos apresentados, porém, não

pretendem dar conta do total das ocorrências naquele sentido, tampouco visam individualizar os casos. Ao contrário, pretendem permitir acesso à riqueza das situações com as quais as equipes de inspeção se depararam, valorizando as informações empíricas ali coletadas.

A partir dessas informações, foram construídas as análises que deram origem aos capítulos de sínteses, nos quais os dados empíricos foram avaliados face ao conjunto de normas e regras que lhes concernem, boa parte das quais já identificadas no texto de introdução.

Este relatório não é constituído de uma amostra estatística, de forma que as conclusões não podem ser generalizadas de maneira probabilística – o que requereria um trabalho de maior vulto que, aliás, seria dificultado pela falta de informações oficiais sobre o universo de comunidades terapêuticas no Brasil.

O caráter do trabalho é, portanto, exploratório, e a aplicação de metodologia compartilhada garante a fidelidade das informações apresentadas. Nesse sentido, cabe ainda dizer que os documentos que orientaram a visita estão disponíveis, na íntegra, na página do CFP (www.cfp.org.br): Metodologia de Visita; Lista de Documentos Solicitados; Roteiro com a Direção; Roteiro para Elaboração de Relatório; Roteiro Semiestruturado – Pessoas Privadas de Liberdade; Roteiro Semiestruturado – Equipe de Trabalhadores; e Referências Legislativas.

Encaminhamentos para Órgãos Competentes

Além de subsidiarem a elaboração do relatório nacional de inspeção, os relatórios locais também vêm sendo utilizados, como subsídio para o trabalho de articulação estabelecido localmente e devem engendrar ações tais como o encaminhamento de denúncias e de solicitações de vistorias pelos diversos órgãos públicos que têm competência em relação aos problemas identificados nas páginas a seguir. Isso significa que se tem a expectativa de que as informações reunidas durante as inspeções subsidiem a continuidade das parcerias instituídas em cada um dos estados visitados.

4 SÍNTESE DOS RELATÓRIOS DAS INSPEÇÕES

NÃO É PERMITIDO A PASSAGEM DE ACORDO POR ESTA PORTÃO.

A DIREÇÃO
OBRIGADO

LIMITE

*Bem-Aventurado Os
Humildes, Pois Eles
Receberão a Terra por
Herança* Mt 5:5

4. SÍNTESE DOS RELATÓRIOS DAS INSPEÇÕES

Inicia-se, a seguir, a parte propriamente analítica do relatório, que traz uma síntese das informações levantadas pelas equipes que visitaram 28 comunidades terapêuticas em 12 unidades da federação. Partiu-se das informações dos relatórios enviados pelos estados, que foram organizadas em áreas temáticas, cada uma com lista de tópicos que descrevem a situação encontrada nesses estabelecimentos. Buscou-se uma composição que integrasse os seguintes elementos:

- Contexto geral, incluindo leis ou regulamentos que o disciplinem;
- Apresentação e análise crítica dos achados da inspeção nacional, incluindo o aspecto numérico; e
- Citações dos relatórios locais que ilustrem a situação.

É importante lembrar que as citações não têm o propósito de nominar uma ou outra CT, com mais ou menos problemas, mas de oferecer exemplos concretos da situação vivida pelas pessoas privadas de liberdade nessas instituições. Ao mesmo tempo, alguns tópicos trazem inúmeros exemplos para demonstrar a complexidade e diversidade das situações encontradas. Não buscamos, com isso, individualizar as questões, mas construir um panorama útil e geral das práticas e processos que ocorrem nesses locais de privação de liberdade.

4.1 Instituições de Caráter Asilar

4.1.1 Visão geral do caráter asilar

A Lei nº 10.216/2001, ao dispor sobre proteção e direitos de pessoas com transtornos mentais e reorientar o modelo assistencial em saúde mental, estabelece que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será

indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Veda, em seguida, a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares.

O caráter asilar é definido por duas vias: a) a ausência de recursos para oferecer assistência integral, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros; e b) a não garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, enumerados, na própria lei, como acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, pelos meios menos invasivos e preferencialmente em serviços comunitários, com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando recuperação pela inserção na família, trabalho e comunidade, protegido de abuso e exploração, com direito à presença médica, acesso a meios de comunicação, entre outros.

Levando em conta as informações levantadas pelas inspeções nas comunidades terapêuticas, e avaliando-as face aos direitos das pessoas com transtorno mental, são explícitas as características asilares dessas instituições. Nesse primeiro item, portanto, buscamos apresentar algumas das características e práticas que nos permitem essa afirmação e, de maneira específica, apontamos algumas das recorrentes e sistemáticas violações dos direitos garantidos às pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Ao longo dos itens posteriores, voltaremos a diversos desses temas.

O primeiro direito elencado na Lei nº 10.216/2001 é “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades” (parágrafo único, inciso I). Neste relatório, o item 4.3 (Aspectos Institucionais) apresenta e discute o perfil geral das propostas de tratamento que, na quase totalidade das comunidades terapêuticas visitadas, articula isolamento, abstinência, uso do trabalho dos internos para a manutenção dos locais – sob o nome de labor terapia – e referências religiosas ou espirituais. Esses elementos, como veremos a seguir, caminham no sentido de avaliações morais e doutrinárias, não podendo configurar-se como tratamento em saúde sob qualquer aspecto, menos ainda o interesse exclusivo de beneficiar sua saúde (conforme estabelece o inciso II, parágrafo X, da Lei nº 10.216/2001) e nem tampouco garantem que as pessoas internadas tenham informações a respeito de sua doença e dos tratamentos possíveis (VI).

Antes, porém, de entrar nesses temas, nos itens a seguir são enfrentadas as situações relativas aos direitos das pessoas com transtorno mental de serem tratadas em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis (VIII) e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (IX). Justamente no sentido contrário, o que as comunidades terapêuticas fazem é retirar as pessoas do convívio social, de forma que o pretense tratamento se dá

em situação de segregação e isolamento que são, justamente, as práticas em reação às quais se construiu a reforma do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. No lugar dos meios menos invasivos, o que se encontra como regra são práticas de anulação de subjetividade, de restrição à privacidade e do contato com o mundo exterior, de modo que, ao retirar a pessoa dos ambientes em que vive, se estabelece um tratamento altamente invasivo. É disso que tratam os itens a seguir, ao sintetizar as práticas de isolamento e restrição do convívio social encontradas durante as inspeções.

Simultaneamente, são discutidas as violações às garantias de tratamento com humanidade e respeito, com buscas à recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade (II), proteção contra abuso e exploração (III), livre acesso a meios de comunicação disponíveis (VI).

4.1.2 Isolamento e restrição do convívio social

A configuração das comunidades terapêuticas como locais de isolamento passa por um conjunto de práticas e características que, individual e conjuntamente, oferecem restrições à livre circulação das pessoas e aos contatos com o mundo exterior. Elas demonstram que o isolamento não é fortuito, mas um dos princípios que orientam o pretenso tratamento ali oferecido, configurando, portanto, afronta às políticas brasileiras de saúde mental.

Fazem parte desse conjunto as restrições físicas à circulação e também restrições às comunicações com o mundo exterior. No primeiro eixo, estão as restrições à saída das pessoas internadas, no início ou ao longo do período em que moram no interior das comunidades terapêuticas; a instalação em locais de difícil acesso e a presença de muros, grades e portões; a retenção de documentos e pertences. Mesmo quando o discurso é de que há liberdade de ir e vir, condições para saída não estão dadas – a prática de retenção de documentos, dinheiro e, por vezes, de outros pertences é sinal disso. Há, ainda, mecanismos menos sutis como o estabelecimento de multas contratuais no caso de saídas antes do período previsto, além de punições pelas tentativas de fuga ou pelo descumprimento de regras internas.

O segundo eixo refere-se às restrições ao contato com o mundo exterior por meio de violação de correspondências, controle de contatos telefônicos e restrição de acesso aos meios de comunicação. Como se pode aferir pelos relatos reproduzidos a seguir, essas características são estritamente relacionadas e se reforçam mutuamente.

4.1.3 Incomunicabilidade e visitas restritas

Em cada uma das comunidades terapêuticas visitadas, houve referências à existência de um período inicial de internação, no qual as pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas ficam incomunicáveis. No geral, esse período é de um mês, tendo chegado a dois em alguns relatos. Passado o prazo inicial, as famílias são admitidas, para visitas, normalmente a cada 15 dias ou uma vez por mês.

Mesmo quando o discurso é da possibilidade de saída caso a pessoa internada assim o queira, a prática de retenção de documentos pessoais, dinheiro e cartões, associada à instalação em locais de difícil acesso, dificulta – ou, na prática, impede – a saída. Soma-se a isso o fato de que a construção da impossibilidade de saída não se restringe às trancas e impedimentos físicos, mas está relacionada ao conjunto de normas e regras que na prática funcionam como um jogo de manipulação emocional.

“

As pessoas internadas não podem realizar chamadas, apenas receber, o que prejudica sobremaneira as possibilidades de comunicação. Foram obtidos relatos de que os funcionários mentiriam para familiares que tentaram ligar para os internos, dizendo que estes não queriam falar com aqueles, induzindo a pessoa a não mais telefonar e isolando o interno ainda mais de seus entes queridos. (SP 02 – Recanto Vida Nova – Mairinque)

“

Outro ponto importante a se destacar é que geralmente as pessoas chegam à CT trazidas por seus familiares, mas quando estão na comunidade permanecem sem contato com a família, com exceção dos dias de visitas, que acontecem uma vez por mês [e de raros contatos por telefone, quando obtêm autorização da coordenação], o que permite concluir que esses familiares não participam da dinâmica terapêutica. (PB 01 – Fazenda do Sol – Campina Grande)

Aqui, a restrição do contato com o mundo exterior ganha ares de punição na medida em que visitas quinzenais são atreladas ao “bom comportamento”.

“

Nos primeiros 30 dias de internação, há a incomunicabilidade total. Após esse período é possível receber visitas realizadas na sede administrativa, em Belo Horizonte, quando os internos são deslocados até lá em grupos. De acordo com o bom comportamento do interno, as visitas podem ser recebidas a cada 15 dias. (MG 05 – Peniel – Brumadinho)

Já, em outra CT, no que se refere às saídas da comunidade terapêutica, o próprio regimento interno é contraditório. “Os internos não podem se ausentar

sem a expressa autorização do coordenador” e “os internos não podem sair da casa durante o período de internação, salvo em casos de ‘extrema necessidade’, quando deverão ser acompanhados pelo coordenador”. Como é praxe em comunidades terapêuticas, no primeiro mês de internação as visitas não são permitidas.

“

Não existe a possibilidade de visita íntima. De acordo com as pessoas entrevistadas, as famílias sequer podem entrar na casa. Há um galpão, na parte superior do lote, longe da casa, onde as visitas acontecem aos domingos.

Após seis meses de internação, as pessoas privadas de liberdade podem ser autorizadas a visitar suas famílias quinzenalmente. (MG 07 – Renascer – São João del Rei)

Este último relato indica que, para famílias de baixo poder aquisitivo, a dificuldade de acesso contribui para a falta de comunicação com os internos, elemento que aprofunda o rompimento de laços sociais.

“

De acordo com o acolhido, “o contato com o mundo externo tem sido quase nulo, principalmente com a família. No primeiro mês, não temos contato nenhum, depois podemos receber visitas. Porém, não recebo a visita de ninguém porque minha mãe não tem dinheiro para me visitar. Tem a alternativa de mandar uma carta, que é entregue aberta ao pastor para que seja lida antes de postada. Eu não mando cartas e nem recebo visitas da minha mãe porque não tenho condições de pagar um táxi para ela vir me ver”. (MG 07 – Renascer – São João del Rei)

De forma geral, a restrição inicial a qualquer contato e as restrições posteriores às visitas vão no sentido contrário das políticas de saúde mental que priorizam a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, como já informado anteriormente.

4.1.4 Difícil acesso, muros, portões, trancas e restrições à saída

Entre as 28 unidades de internação inspecionadas, nove estão situadas em locais de fácil acesso nos municípios em que se encontram. Outras 17 estavam em locais de difícil acesso ou longe do centro dos municípios, em geral com pouca ou nenhuma sinalização e sem acesso via transporte público (em duas, não há informações sobre esse aspecto).

A localização das comunidades terapêuticas em espaços de difícil acesso evidencia o objetivo de inibir a saída das pessoas internadas, sendo, portanto, um

dos elementos da situação de isolamento em que se encontram. Esse modelo engendra a violação de direitos e garantias fundamentais relativos à não obrigação de fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei, da liberdade de locomoção no território nacional, entre outros (artigo 5º da Constituição Federal). Agrava-se esse quadro nas CTs em que estão adolescentes, o que contraria frontalmente o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – tópico que será analisado em detalhes adiante, no item 4.6.

“

A Comunidade Terapêutica Novo Tempo fica localizada no município de Igarassu/PE, região metropolitana do Recife. É uma unidade de difícil acesso, com ruas sem calçamento e falta de placas que possam facilitar a chegada ao local. Destaca-se a presença de muros altos, com pregos e arame farpado. (PE 01 – Novo Tempo – Igarassu)

“

A Comunidade Terapêutica Reviver fica em área afastada, de difícil acesso, por estrada de barro, numa região de mata atlântica, sem placas indicativas que facilitem a chegada ao local. Chamou atenção da equipe a altura dos muros (aproximadamente 5 m, lembrando instituições carcerárias), com cerca elétrica e arame farpado do tipo ‘concertina’ enrolando os postes de eletricidade na altura do muro, provavelmente, para evitar fugas. A localização dificulta o acesso às comunidades vizinhas e não existe transporte público próximo à instituição. (PE 02 – Reviver – Paudalho)

“

O acesso à clínica é feito por uma estrada sem pavimentação e não há transporte público que leve até o local. [...] A CT permanece fechada durante todo o dia, possui muros altos, com arames farpados e guaritas, que se encontrava desocupada durante a vista da equipe. [...] Não há acesso à internet, tampouco às ruas do bairro onde se localiza a clínica. Os funcionários revelam ser fundamental a distância geográfica da clínica em relação ao local de moradia do interno, pois quanto maior a distância mais fácil persuadir o interno a desistir das investidas de “fuga” (expressão bastante utilizada por eles). (PB 02 – AMA – Conde)

Foram encontrados também casos em que a circulação das pessoas privadas de liberdade no interior das comunidades terapêuticas era restringida ao final do dia. Em tais situações, os dormitórios eram trancados por horas durante a noite. Em um dos relatos, ao contrário, o acesso aos dormitórios era restrito durante o dia.

“

Ausência da ampla garantia do direito à liberdade de ir e vir. Impedimento de acesso dos internos aos seus dormitórios entre 07h e 21h. (MG 05 – Peniel – Brumadinho)

Houve situações em que os internos não dispunham de nenhum canal para se comunicar em situações de emergência ou solicitar auxílio durante o período em que ficam trancados. Mesmo nas circunstâncias em que havia pessoal trabalhando em regime de plantão (monitores), os internos disseram precisar gritar para serem ouvidos.

“

[...] destaca-se que em todos os quartos existiam cadeados. Segundo informações coletadas dos funcionários, no período noturno, quando as “residentes” encerram as atividades e vão para os quartos, eles são trancados por fora; o que trouxe grande preocupação por parte da equipe de inspeção, caso aconteçam situações de emergência. No turno da tarde, durante a “sonoterapia” os quartos também são trancados.

Segundo a enfermeira, em todos os dormitórios existia uma “campainha” que poderia ser acionada caso as “residentes” precisassem, no entanto, o dispositivo não foi visualizado em nenhum dos dormitórios. Uma funcionária da CT até mostrou o local onde estaria a suposta “campainha”, mas se tratava, na verdade, da tomada que controla a velocidade do ventilador.

“Somos trancadas todos os dias depois do almoço, entre 13h e 14h30, para o que eles chamam de sonoterapia; e depois das 20h às 6h. Nos finais de semana é até pior porque a sonoterapia dura quatro horas depois do almoço. Não importa se você está com sono ou não. Se não estiver, vai ficar trancada do mesmo jeito. De noite, eles ficam lá embaixo no quarto da monitoria. Se houver alguma emergência, daqui que eles venham nos socorrer, já estaremos mortas. Uma vez uma interna se cortou e por mais que ela gritasse demorou muito até virem socorrê-la. De vez em quando, uma sofre acidente e o atendimento é uma demora.” (PE 02 – Reviver – Paudalho)

O isolamento, a distância de serviços públicos (incluindo os de saúde), e a evidência de que não há tratamento, a fim de beneficiar única e exclusivamente a saúde das pessoas institucionalizadas, evidenciam o caráter asilar e de segregação. Práticas essas em franco desacordo com a Lei nº 10.216/2001, que prevê tratamento preferencial na comunidade de origem, em serviços de saúde mental que não privem as pessoas do convívio social. Conforme apontamos nos textos introdutórios deste relatório, tal perspectiva é amparada por um conjunto de normas, nacionais e internacionais.

4.1.5 Retenção de documentos ou dinheiro

A retenção de documentos, de dinheiro e cartões de banco pela administração das comunidades terapêuticas ratifica a impossibilidade de saída sem autorização

da coordenação, novamente apontando para o caráter de isolamento e ruptura com o convívio social.

“ Os documentos dos internos ficam com a direção e no grande dormitório há pequenos armários para guardar seus objetos pessoais, porém, a direção tem acesso a tais armários. A forma como a comunidade terapêutica se estrutura, sobretudo no grande dormitório, faz com que as pessoas não tenham qualquer privacidade. (MG 08 – Casa de Resgate Emanuel – Bandeira do Sul)

Nos casos mais contundentes de violação de liberdade, em que a internação foi realizada por meio de resgate, há internos sem documentos pessoais.

“ Cumpre destacar que toda documentação pessoal do interno é retida pela instituição quando ele chega. Como geralmente eles vão por meio de resgate, nem sequer estão com os documentos pessoais. Muitos internos não possuem qualquer documentação que legitime que eles são realmente quem os funcionários afirmam ser. (MT 01 – Recomeço – Cuiabá)

Houve casos em que até mesmo os cartões para saque de benefícios previdenciários ficavam sob responsabilidade da CT e não das pessoas privadas de liberdade. A retenção de dinheiro é mais um dos elementos que explicita a impossibilidade de saída do local de internação, apesar do recorrente discurso em contrário.

“ Um ponto que enseja bastante preocupação é o fato do dono da comunidade terapêutica assumir a posse do cartão de banco de algumas mulheres e retirar diretamente todo o benefício que ela recebe, como a aposentadoria. (MG 03 – Fazenda Vitória – Lagoa Santa)

“ Na chegada à CT os usuários fazem uma ficha, mas não necessariamente passam por atendimento de técnicos de saúde. Eles são revistados e seus documentos e dinheiro ficam guardados com o pastor [...]. Existe um período no qual os internos ficam sem direito a contato com a família. (MG 09 – Terra Santa – Betim)

“ Usuários contaram que, quando têm benefícios sociais/previdência social para receber, vão ao banco retirar o valor acompanhados pelo dono da comunidade. O dinheiro, todavia, não fica com o usuário, é usado para pagar o tratamento na comunidade e/ou fica com o proprietário, ou com a família do usuário, ou como crédito na cantina da comunidade. Essa informação foi confirmada pelo dono da CT.

A maioria dos internos recebe recursos dos benefícios sociais. As famílias recebem e repassam à comunidade. Dois deles, que recebem BPC (benefício de prestação continuada), são levados para sacar o valor e depois repassar para a comunidade. Outra forma é o curatelado, em que a família recebe o benefício e repassa à CT durante os dias de visita. Não souberam informar se há casos de interdição. (SP 02 – Recanto Vida Nova – Mairinque)

“

Qualquer quantia em dinheiro que esteja com a interna no momento da revista é mantida na guarda das monitoras. No momento da visita quatro internas recebiam o Bolsa Família. Nesse caso, os valores são administrados pela equipe em favor dos filhos. (PA 02 – Fazenda Esperança – Abaetuba)

Essas situações são graves na medida em que indicam a ausência de respeito à privacidade das pessoas privadas de liberdade e abrem caminho para práticas de abuso e exploração, as quais estão especialmente endereçadas na Lei nº 10.216/2001.

4.1.6 Violação de sigilo de correspondência e de acesso a meios de comunicação

Outro aspecto das restrições ao contato com o mundo exterior passa pela violação de correspondências, pelo controle de contatos telefônicos e pela restrição de acesso aos meios de comunicação.

Em apenas cinco das 28 comunidades terapêuticas visitadas, não foi identificado desrespeito ao sigilo nas comunicações das pessoas privadas de liberdade. Os mais básicos preceitos constitucionais sobre direitos e deveres individuais e coletivos definem como inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações, bem como a intimidade e a vida privada (Constituição Federal de 1988, artigo 5º, incisos X e XII). Contrariando tais preceitos, na maior parte das comunidades terapêuticas vistoriadas foram encontrados relatos de abertura de correspondência, acompanhamento (e intervenção) em ligações telefônicas e restrições no contato com pessoas de fora do ambiente de internação.

“

Os internos podem receber e enviar correspondência, mas essas são lidas pela equipe da instituição antes de serem entregues ou enviadas, ou seja, são violadas. Não foi apresentado pela equipe da instituição um plano que envolva os familiares na construção de um projeto de vida para os internos. (MT 01 – Recomeço – Cuiabá)

“ Outras formas de contato com família e amigos são por meio de cartas e telefonemas. As correspondências passam por censura do monitor, da direção ou da psicóloga da CT. Questionamos se há critérios objetivos que estabeleçam o que não pode ser dito nas cartas, no entanto, a resposta que recebemos foi que fica a critério da pessoa que lê. (MG 08 – Casa de Resgate Emanuel – Bandeira do Sul)

“ A CT conta com televisão e telefone, mas não com internet. Os internos têm acesso ao telefone apenas no fim de semana e podem receber até três ligações de familiares, não é permitido realizar ligações, apenas receber, a não ser em casos de necessidade avaliados pela direção. As ligações têm duração de oito minutos por pessoa. Também é possível o envio de cartas, no entanto, essas serão abertas e lidas pela direção. As visitas acontecem uma vez por mês, sempre no final de semana. Os parentes podem levar comida para os internos, mas a direção revista os alimentos antes de repassá-los aos internos. (MG 09 – Terra Santa – Betim)

“ O contato no primeiro mês é realizado por meio de correspondências que são violadas pelos técnicos antes de enviadas. Ligações só podem ser realizadas por avaliação e autorização da diretoria da unidade com tempo máximo de dez minutos e presença do monitor. As visitas após 20 dias também passam por avaliação da secretaria que decide quais membros da família podem estar presentes. (PA 01 – Embrião – Castanhal)

A frequência do controle às cartas e aos telefonemas indica preocupação com que as pessoas privadas de liberdade questionem a internação, o pretensão tratamento e as violações de direitos sofridas por elas, quando em contato com seus familiares.

“ As acolhidas podem escrever e receber cartas de seus familiares desde o ingresso na comunidade. Todas as cartas passam por verificação de conteúdo pela equipe da instituição, conforme previsto no Regimento Interno. (RO 01 – Nossa Senhora – Porto Velho)

Aqui, ficam explícitas práticas em que a equipe da comunidade terapêutica atua para afastar as famílias ou, alternativamente, no sentido de prepará-las para as queixas dos internos, de forma a impedir que se comovam com suas demandas.

“ Internos afirmaram que quando, nas visitas ou por meio telefônico, falavam com familiares sobre a intenção de deixar

a comunidade terapêutica, mencionando inclusive graves violações de direito, a administração tomava conhecimento, uma vez que as conversas não eram privadas. Diante disso, a direção contatava a família para demovê-los da ideia de desinternar o paciente, alegando que eles estariam mentindo para voltar a consumir drogas. Portanto, todo o discurso dos internos era desacreditado pela equipe técnica e direção, fazendo com que a vontade do paciente não fosse respeitada. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

Outro elemento que contribui para a identificação do caráter asilar é o cerceamento do direito das pessoas internadas a “ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis”, conforme estabelece a Lei nº 10.216/2001 (parágrafo único, inciso VI).

Contrariando a norma, porém, as inspeções identificaram práticas de impedimento de acesso aos meios de comunicação, e práticas restritivas, quando há seleção do conteúdo disponível, em geral atreladas à possibilidade de acesso apenas a conteúdo religioso.

“

Segundo os usuários, eles podem assistir programas de televisão, nos horários livres, porém, com a programação escolhida pela CT. (SP 02 – Recanto Vida Nova – Mairinque)

“

Contrariamente à Lei Federal nº 10.216/2011, as pessoas privadas de liberdade na Casa de Recuperação Renascer não têm livre acesso aos meios de comunicação disponíveis. De acordo com os entrevistados, é possível, em alguns dias e horários definidos, “assistir algum DVD de pregação” e, segundo a direção, também eventualmente à transmissão de jogos de futebol. (MG 07 – Renascer – São João del Rei)

“

Televisão e rádio são permitidos com o devido controle da instituição (MT 01 – Recomeço – Cuiabá)

Em suma, as restrições do contato com o mundo exterior convergem para a violação de diversos aspectos dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Ressalta-se que o impedimento do contato com familiares e conhecidos viola abertamente as garantias de tratamento com humanidade e respeito, com buscas à recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, estabelecidas pela Lei nº 10.216/2011 (inciso II do parágrafo único). O que se faz é exatamente o oposto, ao contribuir para o afastamento e para o esgarçamento de laços sociais com a impossibilidade de contato.

4.2 Internações Involuntárias e Compulsórias

4.2.1 Panorama das modalidades de internação encontradas

Em relação ao tipo de internação, a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) define três modalidades: voluntárias (com o consentimento do usuário), involuntárias (sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro e realizada por um médico) e compulsórias (determinadas pela Justiça). Nas 28 comunidades terapêuticas visitadas:

- 10 afirmaram receber apenas internações voluntárias;
- 1 afirmou receber apenas internações involuntárias e compulsórias;
- 17 afirmaram receber internações voluntárias, involuntárias e compulsórias.

Esses dados trazem a informação fornecida pelas instituições e apresentada nos relatórios locais e se referem ao tipo de internação no momento do ingresso na comunidade terapêutica.

4.2.2 Irregularidades envolvendo internações involuntárias e compulsórias

A Lei nº 10.216/2001 estabelece que, para qualquer um dos três tipos de internação, inclusive a voluntária, é requerido laudo médico circunstanciado, expedido por médico devidamente registrado junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado onde ocorrerá o internamento.

As internações involuntárias são definidas como aquelas feitas sem o consentimento da pessoa internada e a pedido de um terceiro (pai, mãe, filho ou outra pessoa). Tais internações devem, de acordo com a Lei nº 10.216/2001, ser comunicadas ao Ministério Público Estadual em até 72 horas. A Anvisa, na Resolução RDC nº 29/2011, que dispõe sobre requisitos sanitários para instituições de atenção a pessoas com transtorno decorrente do uso de álcool e outras drogas, determina ainda que “a admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, cujos dados deverão constar na ficha do residente”. Vale ainda mencionar a Resolução nº 1.598/2000 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que rege o atendimento médico a pacientes com transtorno mental – inclusive aquele decorrente do uso de álcool e outras drogas –, segundo a qual “nas internações involuntárias, o médico que realiza o procedimento faz constar do prontuário as razões da internação, bem como os motivos da ausência de

consentimento do paciente – neste caso, deve buscar o consentimento de um responsável legal” (art. 16).

As internações compulsórias são aquelas determinadas por juiz competente, de acordo com a legislação vigente, no caso, o Código Penal brasileiro, única legislação no ordenamento jurídico que prevê a internação judicial.

Registre-se que em nenhuma outra norma do ordenamento jurídico brasileiro é previsto que o Judiciário tenha a prerrogativa de obrigar pessoas a se tratar, uma vez que o acesso à saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, e não o contrário. Tomando como base os artigos 26, 28 e 92 do Código Penal, a autoridade judiciária não pode determinar a internação compulsória sem que a pessoa, que receba a determinação, tenha cometido algum crime e passado por julgamento, asseguradas todas as garantias de defesa, e que ao final seja considerada inimputável.

Mesmo nos casos em que há previsão, no direito penal, para determinação judicial de internação, a modalidade é incompatível com a Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, aprovada pelo Decreto Legislativo nº 186/2008, de acordo com o procedimento previsto no art. 5º, § 3º, da Constituição Federal, e promulgada pelo Decreto nº 6.949/2009, integrando, portanto, o bloco de constitucionalidade brasileiro.

A sua teleologia é a mesma da Lei da Reforma Psiquiátrica e, dentre os seus princípios, consta o “respeito pela diferença e aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e humanidade” e a participação e inclusão efetiva dessas pessoas na sociedade (art. 3º).

A seguir, no artigo 19, b, estatui que “as pessoas com deficiência têm acesso a uma variedade de serviços domiciliários, residenciais e outros serviços de apoio da comunidade, incluindo a assistência pessoal necessária para apoiar a vida e inclusão na comunidade e prevenir o isolamento ou segregação”. E, no artigo 17, determina que “toda pessoa com deficiência tem direito ao respeito pela sua integridade física e mental em condições de igualdade com as demais”.

Especificamente em relação à pessoa com deficiência que tenha sua liberdade cerceada em virtude de um processo jurisdicional, a Convenção assim dispõe:

Artigo 14

Liberdade e segurança da pessoa

1. Os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas:

- a) Gozem do direito à liberdade e à segurança da pessoa; e
 - b) Não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade.
2. Os Estados Partes assegurarão que, se pessoas com deficiência forem privadas de liberdade mediante algum processo, elas, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, façam jus a garantias de acordo com o direito internacional dos direitos humanos e sejam tratadas em conformidade com os objetivos e princípios da presente Convenção, inclusive mediante a provisão de adaptação razoável.

Há, portanto, a partir de sua própria literalidade, duas consequências imediatas. Primeiro, a insistência em que o isolamento e a segregação do restante da comunidade não são métodos terapêuticos aconselháveis. Daí por que prescreve, em seu art. 16.4, que a “recuperação e a reintegração devem ter lugar num ambiente que favoreça a saúde, bem-estar, autoestima, dignidade e autonomia da pessoa”. Segundo, o imperativo de que o respeito à integridade moral de toda pessoa com deficiência se dê em observância ao princípio da igualdade.

O Comitê da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência produziu um relatório¹⁰ em que, inicialmente, parabeniza o Estado brasileiro pelo fato de a Convenção ter “equivalência normativa constitucional”, mas consigna que:

- 28. O Comitê está preocupado com relatos da privação arbitrária de liberdade e tratamento involuntário de pessoas com deficiência, com base em deficiência, incluindo situações em que é assumido que as pessoas com deficiência são perigosas para si ou para outrem, com base em um diagnóstico discriminatório.
- 29. O Comitê recomenda o Estado-Parte a tomar medidas, incluindo a revogação das disposições legais pertinentes, para abolir a prática da internação involuntária ou hospitalização e tratamento médico forçado e que proíba, em particular, tratamentos psiquiátricos, com base na deficiência e forneça alternativas de tratamento baseado na comunidade.
- 30. O Comitê está preocupado que as pessoas com deficiência que não são consideradas responsáveis pela prática de um crime com base na deficiência podem estar sujeitos a medidas de segurança, incluindo a detenção indefinida.

10 Adotado pelo Comitê na 14ª sessão, de 17 de agosto a 4 de setembro de 2015. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/220/78/PDF/G1522078.pdf?OpenElement> Acesso em 14/05/2018.

Não há, ao que parece, como fugir à conclusão de que, na atualidade, a medida de segurança, na forma como está prevista na legislação penal e processual penal, está em desconformidade com essa disciplina, e que o princípio da igualdade impõe que as pessoas com transtornos mentais que tenham praticado crime devam ser imediatamente encaminhadas ao SUS, para tratamento em sintonia com os ditames da Lei nº 10.216/2001.

Em outras palavras: se a internação compulsória destinada ao cumprimento de medida de segurança, conforme prevista no Código Penal, está em desconformidade com a legislação vigente, a internação compulsória de usuário de drogas que sequer tenha cometido qualquer delito apresenta-se como uma total anomalia e em oposição ao ordenamento jurídico brasileiro. Não é, portanto, atribuição do Judiciário determinar a internação quando essa tenha por finalidade única e exclusivamente o tratamento.

As informações reunidas nas inspeções indicam, porém, que ao menos parte do poder Judiciário, sem atentar a essas discussões, segue lançando mão das internações do tipo compulsórias e, além disso, vem recorrendo a comunidades terapêuticas para esse fim, inclusive quando se trata de adolescentes.

“

As internações compulsórias originavam-se de processos judiciais, inclusive de ações para custear os valores das mensalidades da clínica, ajuizadas por familiares sem o consentimento da pessoa internada. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

“

Afirmou que na maior parte dos casos os pacientes são trazidos por suas famílias, mas que também já receberam internos encaminhados pela justiça, pelo Ministério Público Estadual de Nilópolis e indicados pelo Caps de Nova Iguaçu. Afirmou, ademais, que realizam internação compulsória (em torno de seis ou sete dos internos). Entre os que foram internados nessa modalidade, existem dois adolescentes: um de 13 anos e outro de 17 anos, ambos por ordem judicial. (RJ 01 – Crisameta – Nova Iguaçu)

A presença de adolescentes nas comunidades terapêuticas é irregular e será discutida com mais detalhes no item 4.6 “Internação de Adolescentes”.

Em alguns casos, as internações compulsórias não foram diretamente admitidas pelas pessoas responsáveis pelo estabelecimento inspecionado, mas apontadas pelas equipes que realizaram as inspeções.

“

Relatam que todas as internações são voluntárias e de maiores de 18 anos, indiferentes ao fato de que alguns dos acolhidos estão na unidade por determinação judicial, havendo, inclusive, um interno com tornozeleira eletrônica de monitoramento. Afirmam

que, se algum apenado está na comunidade, foi por solicitação dele ao juiz. (RO 02 – Porto da Esperança – Candeias do Jamari)

“

Informaram que as internações são realizadas de forma voluntária, mas, no caso de adolescentes, foi observado que as internações compulsórias ocorrem por meio do encaminhamento de órgãos da Justiça, Conselho Tutelar e Assistência Social. (PA 01 – Fazenda Embrião – Castanhal)

Relatos informaram que, por vezes, as decisões judiciais determinam bloqueio de recursos públicos para custear a internação, exemplo do que foi registrado em comunidade terapêutica inspecionada no Mato Grosso.

“

Nos casos de internações compulsórias, via de regra, há uma determinação judicial para que seja bloqueado um montante de recursos públicos suficiente ao custeio do tratamento, com identificação da entidade para onde deve ser dirigido o adolescente. A CT Recomeço recebeu, num período inferior a dois meses, R\$ 51,4 mil. (MT 01 – Recomeço – Cuiabá)

Vale ainda registrar que nessa mesma CT houve relatos de que pessoas internadas compulsoriamente foram conduzidas de maneira violenta pela própria Polícia Militar. Sem embargo, o coordenador da CT Recomeço relatou que:

“

[...] a maioria dos internos chegou acompanhados da Polícia Militar por serem oriundos de internação compulsória. Ele relatou que os adolescentes geralmente chegam algemados e quase sempre à noite. O responsável relatou ter conhecimento que os policiais “são duros” (sic) com os adolescentes na hora da abordagem e que eles são algemados nos pés e mãos, mas “isso era bom” (sic), pois facilitaria a acolhida: eles chegariam à instituição assustados com a força policial e lá “receberiam todo carinho, o que ajudaria na inserção” (MT 01 – Cuiabá – Recomeço)

Os argumentos expostos ao longo desse item indicam o papel que o poder público, em especial o poder Judiciário, vem cumprindo em relação às internações compulsórias, e aponta para a premência da retomada do debate sobre o tema pela sociedade brasileira.

4.2.3 Internações involuntárias: ausência de laudo médico e de comunicado ao Ministério Público

Com relação ao cumprimento dos quesitos legais exigidos em internações involuntárias, apenas duas CTs informaram realizar a comunicação ao Ministério Público Estadual: Recanto da Paz, em Limeira/SP, e Solares, na Chapada dos

Guimarães/MT. Entretanto, esta última informou que faz tal comunicação apenas mensalmente, através de lista, descumprindo, portanto, o prazo legal de 72 horas. Tal situação é grave e demonstra a ação ao arrempio da lei.

Além disso, apenas duas CTs informaram explicitamente possuir laudo médico referente a internações involuntárias: Fazenda Esperança, em Abaetetuba/PA, e Recanto Vida Nova, em Mairinque/SP. Vale observar que, ainda assim, problemas foram encontrados:

“

Importante destacar que entre os documentos fornecidos pela instituição, havia três Termos de Admissão Médica assinados por [nome suprimido], apenas com o nome do usuário e a informação de que está “apto a fazer o tratamento de dependência química nesta unidade terapêutica Recanto Vida Nova” (sic). Nos rodapés dos documentos, há informação – incluída por outra pessoa – de que o usuário já havia concluído o tratamento, mas estava retornando à instituição após recaída, ou seja, esses mesmos usuários já haviam passado recentemente pela instituição, mas os funcionários consideram apenas a última data de entrada. Em um dos casos, observamos que o Termo de Admissão Médica se refere a um usuário que teria sido internado em 29/09/2017, mas ele mesmo informou na entrevista que já estava internado há um ano e seis meses, sendo que durante esse tempo havia permanecido um mês na casa de sua família, e retornado para internação, sem saber o motivo. Vale observar ainda que o termo data de 29/09/2017, contudo, no cabeçalho e rodapé verifica-se que o documento foi impresso em folha que já havia sido utilizada anteriormente para impressão de uma música em 22/10/2017. Dessa forma, questionamos a veracidade do documento e levantamos a possibilidade de que tenha sido produzido em data posterior à informada. (SP 02 – Recanto Vida Nova – Mairinque)

O descumprimento das condições necessárias para internações involuntárias (laudo médico circunstanciado na data da internação; comunicação em 72 horas ao Ministério Público) - aliado à obrigatoriedade de permanência na instituição contra a vontade do interno - resulta em ilegalidades que poderiam inclusive configurar crime de cárcere privado qualificado, tipificado no art. 148 do Código Penal.

Cabe observar que, entre as CTs inspecionadas que atendiam a internações voluntárias (as quais também requerem laudo médico), foram verificados problemas semelhantes. Apenas uma comunidade terapêutica apresentou tais laudos, com diversos pontos problemáticos. A CT Cerena, de Nísia Floresta/RN, entregou, após a inspeção, 14 laudos médicos referentes a seus internos, mas todos expedidos no mesmo dia (4 de outubro de 2017), ou seja, em data diferente de cada um dos respectivos internamentos. Sem mencionar que havia um total de 21 pessoas internadas involuntariamente na data da inspeção, sendo assim, para sete delas não foi apresentado laudo. Entre esses sete casos, identificaram-se uma

pessoa internada em 29 de julho de 2010 (mais de sete anos de internação na data da inspeção) e outra no dia 6 de outubro de 2017 (dez dias antes da inspeção).

4.2.4 Internações voluntárias convertidas em involuntárias

O número significativo de comunidades terapêuticas inspecionadas que dizem atender apenas internações voluntárias (10 CTs) deve ser visto com cuidado. Houve relatos de pessoas que declararam ter se internado voluntariamente, mas que depois lhes foi negada a possibilidade de deixar a instituição. Ainda que algumas CTs claramente ofereçam essa liberdade de decisão, em outras isso parece incerto. Em alguns casos, fica claro que não há de fato essa possibilidade.

Identificou-se que a lógica de várias CTs é oferecer facilidades para receber pessoas voluntariamente, como transporte e opções para o pagamento. Entretanto, tais facilidades desaparecem quando a pessoa deseja deixar esses locais, e inúmeros obstáculos e dificuldades lhe são impostas: multa em caso de quebra de contrato, retenção de documentos, pressão sobre familiares, entre outras. Apesar do tratamento ser oferecido de forma nominalmente voluntária, fica claro que as CTs se valem de inúmeros recursos para manter a internação contra a livre e espontânea vontade da pessoa. Na prática, a internação – ainda que inicialmente anunciada como voluntária – pode assim vir a ser caracterizada como privação de liberdade, dado que a pessoa perde o poder de decisão de encerrar o tratamento, como definido na Lei nº 10.216/2001, a qual determina que “o término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente” (art. 7º, parágrafo único). Situações como essa foram identificadas na maioria das CTs inspecionadas.

“

Pela leitura dos documentos e relato da senhora [nome suprimido] vê-se que são admitidas apenas mulheres que voluntariamente optem pelo tratamento. No entanto, percebe-se que o desejo de se internar é influenciado pela vontade de familiares e pela crença de que o isolamento é o único recurso, não sendo possível identificar com todas as internas se lhes foram apresentadas outras possibilidades de tratamento ou alternativas a internação. A pouca autonomia das acolhidas em seu tratamento é percebida em discursos que demonstram pouca previsibilidade de duração. Para uma delas a influência de familiares é decisiva para que permaneça mesmo sem sua vontade. De fato, fica evidente a total suspensão da autonomia e autodeterminação quando da internação. A “recuperação” se baseia na atribuição do poder decisório a terceiras, sejam elas “as guias espirituais”, representadas pelas monitoras e pela administradora (todas ex-internas que cumpriram seu tratamento e seguem residindo no CT), seja pela família, ou ainda por providência divina. (SC 01 – Fazenda Esperança – Florianópolis)

“

É importante ressaltar que, para aqueles que desejassem sair da clínica antes do período de internação previsto no contrato, era cobrada uma multa de duas mensalidades de seus familiares. As pessoas internadas relataram que muitas permaneciam na unidade porque seus familiares não queriam pagar a multa, além de o contato com os familiares ser sempre monitorado, de modo que não podiam expressar seu descontentamento com a internação e com as condições às quais estavam submetidos. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

“

No entanto, cumpre-se ressaltar que algumas mulheres foram levadas para a comunidade terapêutica sem saber que lugar era aquele e qual a real finalidade de sua internação. Algumas delas, apesar de não terem sido forçadas a ir até lá, foram enganadas por sua família e apenas depois de um tempo de internação que entenderam o real motivo de estarem ali. Outras procuraram por conta própria a comunidade terapêutica, porém, foram informadas que o pretense “tratamento” teria duração de apenas três meses e, depois de estarem internadas, descobriram a duração total. Tais informações demonstram a falta de transparência da instituição e como não há um projeto de atendimento que leve em consideração a pessoa atendida, uma vez que é enganada por aqueles que deveriam construir junto com ela um tratamento que levasse em consideração suas necessidades individuais. (MG 03 – Fazenda Vitória – Lagoa Santa)

“

Importante a constatação de que os internos que não cumprem medida judicial têm relativa liberdade para abandonar o tratamento e pedir para ir embora. Eles não são detidos, nem forçados fisicamente a ficar. São persuadidos. No primeiro momento, o “irmão” que está passando por dúvida, será abordado pelo “voluntário” – um interno que já ascendeu na hierarquia institucional e pode tentar atingir seu coração com a palavra de Deus. Não obtendo sucesso nesse intento, o auxiliar chama o segundo homem na hierarquia e sucessivamente até o obreiro ou, em última instância, o pastor. São inúmeros esforços de convencimento que, em geral, alcançam o objetivo transformador e condicionam o sujeito a ceder sua rebeldia aos caminhos da fé.

[...]

Encontramos duas internas da cidade de Santos Dumont que disseram não ter interesse em lá continuar. No entanto, a relativa liberdade para saírem sofre a restrição de não terem como viabilizar isso, porque para lá foram conduzidas pela prefeitura de suas cidades e precisam aguardar o retorno do carro para levá-las de volta. Não ficou claro se bastava a elas pedir para retornar e se isso se efetivaria realmente. (MG 04 – Maanaim – Itamonte)

Tem-se, portanto, que a permanência nas comunidades terapêuticas, nesses casos, é garantida por mecanismos que não passam pela decisão autônoma das pessoas

internadas e que restringem as possibilidades de qualquer decisão. O relatório de uma das inspeções na Paraíba, onde os mecanismos de convencimento passavam por um sistema de som que permanentemente repetia ideias e princípios ali defendidos, referiu-se à questão da seguinte maneira: a “contenção ideológica é cotidiana.”

4.3 Aspectos Institucionais

4.3.1 Perfil geral das propostas de atenção

Todas as 28 comunidades terapêuticas visitadas informaram basear a atenção oferecida no modelo de abstinência e cada uma delas fez referência a práticas religiosas, seja com base em uma religião específica, seja pela atuação em torno da espiritualidade de modo mais geral, inclusive pelo uso de metodologias que incluem essa perspectiva. Do total, 27 informaram utilizar “laborterapia”. A recorrência dessas práticas torna possível afirmar que esses três elementos – aliados ao isolamento do convívio social já caracterizado nos itens anteriores – conformam o cerne daquilo que pode ser chamado de propostas de atenção pelas comunidades terapêuticas.

Tais práticas são denominadas propostas de atenção porque não configuram, sob o aspecto de saúde, práticas de tratamento, dado o evidente afastamento dessas estratégias de metodologias fundamentadas no cuidado. Os projetos não são formulados com base técnica, teórica ou científica e não partem das singularidades de cada pessoa, conforme se prevê nas normas da área (ver item 4.3.2 Ausência de projeto terapêutico singular).

As pessoas entrevistadas durante as inspeções também fizeram referência a outras ferramentas empregadas, sendo a principal delas os “12 passos” (citada também como Narcóticos Anônimos e Alcoólicos Anônimos). Essa proposta foi mencionada em 13 comunidades terapêuticas, sozinha ou acompanhada de outras práticas – uma das instituições articulava-a com oficinas, atividades em grupo, atendimento individual; outra, com grupos terapêuticos; em outras, os 12 passos eram associados à laborterapia e espiritualidade ou orientação espiritual.

A lista de propostas de atenção inclui ainda “espiritualidade, convivência e trabalho”, que são os pilares da Fazenda Esperança – um conjunto de comunidades terapêuticas espalhadas pelo Brasil e pelo mundo. Os modelos Felicidade Trabalho Interior (FTI), Desafio Jovem (Teen Challenge) e CT Daytop (Minnesota) também foram citados. Em uma comunidade, a proposta de atenção era baseada em livro publicado pelo pastor, denominado “A unção que você precisa para libertação”.

Além disso, cabe dizer que em nove comunidades terapêuticas as direções afirmaram a existência de projeto terapêutico global, termo que, mesmo sem amparo formal, vem sendo apresentado, em algumas situações, como projeto institucional em detrimento dos projetos singulares – esses sim formalmente requeridos.

Nas CTs em que houve afirmação da existência de projeto global, no entanto, era comum o desconhecimento de tais projetos por parte das próprias direções e equipes. O método de triangulação das informações acabou apontando para o entendimento da ausência de orientação de cuidado e tratamento.

“

A análise do programa terapêutico e sua confrontação com o que foi observado e com as entrevistas explicita que o documento existe como mera formalidade.

Por exemplo, a “dependência química”, condição a ser tratada na instituição, é entendida no documento como uma “doença biopsicossocial”. Entretanto, não existe uma orientação de tratamento com profissionais da saúde nem a elaboração de projetos terapêuticos singulares, sendo que a rotina da instituição se fundamenta exclusivamente em atividades laborais não remuneradas e impostas para todos e em atividades religiosas obrigatórias.

O documento também indica que haveria diferenças no tratamento de acordo com o tempo de internação (primeiros três meses, do terceiro ao sexto mês e, por fim, do sexto ao nono mês). Foi possível constatar, pelas entrevistas e observação, que não existe nenhum planejamento de atividades diferenciado em relação ao tempo, exceto a mudança de quarto (os mais antigos e disciplinados ficam no andar de cima da casa, enquanto quem chega, para ser mais controlado, fica no andar de baixo). Além disso, algumas pessoas privadas de liberdade passam a assumir diferentes funções no grupo, de acordo com a disciplina e o tempo de internação, mas isso é definido pela percepção da direção, portanto, de acordo com preceitos religiosos, e não com o projeto terapêutico. De toda forma, observa-se alto grau de hierarquização dentro da instituição que, de maneira nenhuma, garante a autonomia e a liberdade das pessoas. (MG 07 – Renascer – São João del Rei)

“

No levantamento feito sobre o projeto terapêutico global (PTG), ressalta-se que os dirigentes evidenciam aplicar a metodologia denominada “Desafio Jovem” (*Teen Challenge*). [...]

Algumas técnicas são utilizadas para a efetividade da doutrinação, tais como o manejo de grupo e a construção de seus processos identificatórios, a persuasão e o condicionamento. O essencial dessa metodologia é o esvaziamento do sujeito pela negatização de sua história

de fracassos, sua redução à condição de viciado, seu assujeitamento à perspectiva da salvação pelo louvor, sob a égide de uma oportunidade de fazer o novo, em nome de um bem capaz de dirigi-lo sem que de si tenha algo, bem como sem que ouse saber-se do mundo como antes, de sua geografia, de seus amigos, de sua cultura. O sujeito deve ser salvo das ameaças do mundo lá de fora.

Apenas como ilustração, o que chamam de “música do mundo lá de fora” é proibida. Quem porta algum aparelho de som somente pode ouvir música de louvor, gravada na CT e entregue ao interno em um cartão de memória. (MG 04 – Maanaim – Itamonte).

“

Há um plano terapêutico global dividido em duas fases. A de orientação dura os dois primeiros meses e é uma fase de adaptação, momento em que o interno conhece as regras da casa e recebe maior acolhimento. A segunda é a fase terapêutica, que vai do terceiro ao nono mês, quando o interno começa a participar das rotinas da comunidade, assim como dos grupos e de atendimentos individuais. (RO 02 – Porto da Esperança – Candeias do Jamari)

Nesse item, demonstramos que a base das comunidades terapêuticas está na articulação entre abstinência, religiosidade e laborterapia. Fica patente, com isso, que há um padrão geral de cuidado que não tem como norte a singularidade do projeto terapêutico para cada pessoa, requerida pela legislação de saúde mental, como veremos a seguir.

4.3.2 Ausência de projeto terapêutico singular

O projeto terapêutico singular é “eixo central” da diretriz estabelecida pelo art. 2º, inciso XII da Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e inclui as comunidades terapêuticas entre os serviços de atenção em regime residencial. A Lei nº 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), define, em capítulo sobre as atividades de atenção e de reinserção social de usuários ou dependentes de drogas, o alinhamento aos órgãos de controle social; a atenção às orientações e normas do Conad; a adoção de estratégias diferenciadas que considerem peculiaridades socioculturais; a atenção multidisciplinar; e postula, como diretriz, a “definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde.” (Lei nº 11.343/2006, art. 22, inciso III).

O que a inspeção nacional encontrou foi a afirmação da existência de projeto terapêutico singular em apenas dez das 28 CTs visitadas. Entretanto, empregando

o método de triangulação entre as informações oficiais, as entrevistas com pessoas internadas e os documentos recolhidos, foram encontradas falhas e inadequações entre as instituições que afirmam a existência de tais projetos. Essas questões foram apontadas nos relatórios locais, como se verifica a seguir:

“ Possui formulário de projeto terapêutico individual, mas a análise dos prontuários expõe que o uso deles é precário, superficial e aborda de maneira muito distante o tratamento realizado com o interno. Formulários que se repetem em diferentes prontuários. (MG 02 – CT Esquadrão da Vida – Francisco Sá)

“ Foi constatada também a forte contradição em relação à construção de projetos terapêuticos singulares. O programa terapêutico da instituição indica, inicialmente, um “plano de tratamento individual (PTI)”, construído a partir da primeira avaliação, no momento da entrada da pessoa na casa. O mesmo documento aponta a elaboração do “plano de atendimento singular (PAS)”, de acordo com resolução do Conad. Além da instituição não ser capaz de, no documento, fazer convergir uma proposta de cuidado, a direção, em entrevista, mostrou total desconhecimento do que seria um projeto terapêutico singular. Obviamente, a instituição não tem esses documentos individualizados. Através das entrevistas com as pessoas privadas de liberdade, confirma-se a inexistência de projetos individualizados. (MG 07 – Renascer – São João del Rei)

“ Cada participante tem seu prontuário e um planejamento individual, porém nota-se que esse projeto é planejado dentro das limitações das atividades existentes na comunidade. (DF 01 – Caverna do Adulão – Planaltina)

“ A CT possui um plano terapêutico singular (PTS) somente com o intuito de adaptá-lo às especificidades dos internos ao que a comunidade pode oferecer, sem respeitar a particularidades e necessidades de cada um. Ou seja, apesar dos responsáveis pela instituição afirmarem desenvolver PTS, eles não possuem como foco o respeito e o trabalho de acordo com a singularidade de cada indivíduo. E dentre as práticas que caracterizam esse desrespeito, cita-se o tempo de internação que é padrão para todos, um período mínimo de seis meses que pode ser estendido até um ano. (GO 01 – Salve a Si – Cidade Ocidental)

“ Apesar de ter sido dito pela psicóloga que existe toda uma preocupação por parte da equipe no atendimento às necessidades individuais das “residentes” e que a instituição tem procurado promover mudanças na parte terapêutica do trabalho que vem sendo realizado, não foi possível identificar essa conduta na fala das “residentes”. A psicóloga pontuou ainda que existe uma preocupação da instituição em romper

com a lógica tradicional das CTs. Todavia, na prática relatada pelas “residentes”, não foram encontrados elementos que identifiquem e /ou reforcem essa postura da instituição.

Como já sinalizado ao longo do relatório, apesar de ter sido dito pela direção da CT que é feito o uso do projeto terapêutico singular; não foi identificada a existência desse documento nos prontuários. Também não foi possível verificar nos registros feitos pela equipe a construção de estratégias de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (PE 02 – Reviver – Paudalho)

“

A coordenação informou que havia um plano individual de atendimento (PIA) ou projeto terapêutico singular (PTS) formulado a partir de um questionário feito com a família. Além da dependência química, seriam trabalhadas com a família outras questões. Haveria, segundo a coordenação, avaliação bimestral, com diversos profissionais. Porém, ao analisar cinco prontuários, observou-se que a avaliação bimestral não era realizada. No mais, os planos individuais de atendimento consultados no momento da inspeção não estavam assinados, não existindo de maneira clara a motivação nem o período do acolhimento. O que de fato havia eram anamneses.

O alegado PIA ou PTS, além de bastante incompleto e deveras sucinto, não era formulado com a participação dos internos nem divulgado a eles, assim como não previa o contato com outros serviços da rede de saúde mental para organizar possível continuidade do tratamento pós-internação nem qualquer tratamento ou intervenção em relação aos familiares dos internos. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

“

Embora a psicóloga entrevistada tenha afirmado a existência de planos terapêuticos individuais (PTI), não se verificou nenhum tratamento individualizado. Ela também não relatou periodicidade, ou quantos estariam em atendimento individual, nem o acompanhamento ou atendimento familiar ou de egressos. Não relatou experiências anteriores. Descreveu a realização de atividades em grupo que consistem em uma pequena palestra abordando os temas da dependência. Não informou os critérios de composição dos grupos, tampouco as técnicas psicológicas empregadas. Informou que os internos podem pedir para conversar individualmente e, para isso, basta bater na porta da sala de atendimento (RJ 02 – Ebenézer – Seropédica).

“

A comunidade terapêutica relata que o projeto terapêutico singular (PTS) é desenvolvido mediante conversa entre acolhida e monitora que discutem quais pontos devem ser trabalhados pelo próximo mês, levando em consideração o que a monitora observa e a acolhida concorda que deve “melhorar”. Não foi constatada a participação de nenhum profissional da saúde neste PTS. (RO 01 – Nossa Senhora – Porto Velho)

Nos casos em que se relata a importância dos monitores na definição dos pretensos projetos terapêuticos singulares, ficam evidentes os efeitos da ausência de profissionais da área de saúde, que seriam os habilitados a oferecer assistência integral.

Mais uma vez, a fragilidade ou inexistência de projetos terapêuticos singulares indica a impossibilidade, nessas comunidades terapêuticas, da oferta de tratamento em saúde, de maneira que respeite as singularidades e que caminhe para a construção da possibilidade de saída do local de isolamento, recurso que, se empregado, deveria, de acordo com a legislação brasileira, ser temporário e promover a reinserção social do paciente em seu meio.

4.3.3 Violação da liberdade religiosa

Em apenas quatro das 28 das comunidades terapêuticas visitadas, é possível afirmar que não foram presenciadas ou registradas restrições à liberdade religiosa, tomando como base a triangulação das informações colhidas em entrevistas com pessoas internadas, equipes e documentos. Conforme relatórios de inspeções anteriores já apontaram, uma das características das comunidades terapêuticas é a religião como fundamento para o cuidado.

A liberdade de consciência e crença, assim como a prestação de assistência religiosa em entidades civis e militares de internação coletiva, bem como a vedação à privação de direitos por motivo de crença religiosa, constam entre os direitos e deveres individuais e coletivos previstos na Constituição de 1988 (art. 5º, incisos VI, VII e VIII). Deriva daí que, individualmente, cada cidadão ou cidadã pode escolher crença e afiliação a uma, a outra, ou a nenhuma religião, mas uma crença religiosa não pode levar à privação de direitos.

O questionamento que se faz ao uso da religião nas comunidades terapêuticas, portanto, não é relativo a crenças individuais, mas ao embasamento do tratamento em práticas e preceitos religiosos, na medida em que pode engendrar violações do direito de pessoas que não compartilham daquela crença. Além disso, dado que tratamento para transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas é um processo de cuidado em saúde, as bases que o regem não devem ser religiosas, mas laicas. Devem nortear a atenção à saúde o conjunto de práticas e de princípios profissionais que orientam o atendimento na área, especialmente quando se trata de atendimentos referendados ou subsidiados pelo Estado, com recursos públicos.

As práticas das comunidades terapêuticas implicam violações de direitos quando demandam, das pessoas privadas de liberdade, a inserção em atividades de

determinadas linhas religiosas ou, com ainda mais gravidade, quando vinculam a ideia de cura à aceitação de uma ou outra crença religiosa.

A obrigatoriedade da presença dos internos em atividades religiosas é confirmada pela existência de punição em casos de ausências, conforme se vê em diversos relatos reproduzidos a seguir:

“ Não há liberdade religiosa, na medida em que todos são obrigados a participar dos momentos denominados “devocionais”. Funciona da seguinte maneira: a cada dia, um interno é responsável pelo devocional, que significa escolher uma parte da Bíblia para ser lida. O devocional acontece todos os dias pela manhã, como parte inicial da rotina diária. O interno que não se apresentar para o momento da reza será disciplinado (punições que envolvem aumento da laborterapia como já citado). (MG 02 – CT Esquadrão da Vida – Francisco Sá)

“ Foi também informado que não há construção de estratégias individuais para recuperação. Dentro da rotina de atividades está prevista uma leitura programada de versículos bíblicos, que varia conforme o tempo em que o sujeito está internado. Após a leitura dos versículos previstos, o interno deve responder a três perguntas acerca do seu projeto sobre a entrada de “Deus em sua vida”. (MG 05 – Peniel – Brumadinho)

“ As atividades são basicamente religiosas e evangélicas. Se o acolhido for de outra religião ele é obrigado a seguir e frequentar os cultos. Um dos acolhidos entrevistados relatou que no início tentava defender suas crenças, mas sempre era combatido a ponto de ter sua imagem de Nossa Senhora Aparecida rasgada. Não aceitam o culto aos santos. [...] (MG 07 – Renascer – São João del Rei)

“ Ainda que o projeto de tratamento se materialize a partir dessas sete intervenções, fica claro que todo o processo tem como eixo central o desenvolvimento na adesão religiosa na fé pentecostal que orienta esta CT. Explicaram que, embora seja uma instituição que tem por prática a leitura e divulgação do Evangelho, é respeitada a liberdade religiosa de cada interno. Entretanto, os internos são continuamente interpelados a desenvolver, manter e alimentar essa fé por meio dos cultos diários. Quando uns se mostram mais isolados ou quando destoam do comportamento tido como desejável (brigas, gritos, xingamentos) são imediatamente interpelados por um dos monitores, que os chamam ao convívio, à fé, à crença, às normas desejáveis, apontando as vantagens da recuperação. [...] A não adesão implica no afastamento. (RJ 02 – Ebenézer – Seropédica)

“

A doutrina desta comunidade terapêutica é pautada na Igreja Católica e as atividades religiosas fazem parte do projeto terapêutico, como o momento espiritual todas as manhãs e antes de dormir e as idas à missa. A instituição relata que a participação religiosa não é obrigatória, porém as acolhidas devem ir à missa para não ficarem sozinhas na unidade, podendo não participar dos ritos se não desejarem. As acolhidas relatam que podem ter outras religiões que não a católica, mas raramente podem participar de celebrações de outras denominações. (RO 01 – Nossa Senhora Aparecida – Porto Velho e R0 02 – Porto da Esperança – Candeias do Jamari)

“

As acolhidas relatam que não são obrigadas a participar das atividades, mas percebem que as monitoras demonstram descontentamento nessas situações e que as pregações religiosas são trazidas como forma de superar os dilemas existenciais. Há, portanto, uma velada imposição pela prática religiosa, ainda que não se demonstre na obrigação pela adoção da fé católica. (SC 01 – Fazenda da Esperança – Florianópolis)

“

É estabelecido que os internos têm que participar dos cultos. Quem não segue, não pode permanecer na casa. É obrigatório por ser rotina. Se não aceitar as regras não é aceito: se não obedecer, é desligado. Ainda assim afirmam que não há obrigatoriedade de ser evangélico. (RN 02 – Dorcas – São José de Mipibu)

A base religiosa fere o caráter laico dos tratamentos em saúde, de forma a colocar em questão a possibilidade de instituições com tal perfil serem consideradas, por setores do poder público, como locais passíveis de serem incorporados às redes de cuidado e atenção para usuários de álcool e outras drogas.

4.3.4 Laborterapia: exploração do trabalho como ferramenta de disciplina

Do total de 28 comunidades terapêuticas visitadas, 27 informaram utilizar laborterapia como uma das principais formas de tratamento, cumprindo o papel de estruturar o cotidiano das pessoas privadas de liberdade. Sob essa denominação, escondem-se práticas de manutenção dos locais onde se vive. Para além disso, a força de trabalho das pessoas internadas é utilizada, inclusive, para atividades externas às comunidades terapêuticas, como no caso em que a mão de obra vem sendo empregada para reformar um imóvel.

O entendimento que o trabalho pode ter uso terapêutico remonta ao século XVIII, período em que emergiram as propostas de tratamento moral, baseado na internação e no isolamento como respostas à loucura, e na concepção de que o trabalho, mecânico e rigoroso, garantiria a manutenção da saúde. A laborterapia se pretendia, então, capaz de propiciar certo retorno à racionalidade, incentivar hábitos saudáveis e reorganizar comportamentos.¹¹

Essas propostas chegaram ao Brasil com a instalação de colônias e hospitais psiquiátricos no final do século XIX. Naquelas instituições, disciplina e trabalho andavam juntos, sempre dotados de sentido moral. Já ali são identificáveis características de exploração não remunerada de trabalho, posto que em troca os internos recebiam a possibilidade de manter-se reclusos nas instituições, o que contribuía para torná-las economicamente viáveis. As atribuições de responsabilidades aos internos mais adaptados ao trabalho, e sua permanência naqueles espaços a partir dessas funções, também era algo encontrado nas instituições asilares.¹²

Já no século XX, experiências pontuais subverteram essa lógica ao propor atividades capazes de criar meios de expressão para as pessoas internadas, desvinculando-se de objetivos de normatização comportamental e com base em outras concepções de tratamento.¹³

Nas primeiras décadas do século, outro uso para o termo foi desenvolvido, dessa vez entendido como uma terapia que se desenvolve no local de trabalho, dirigida a problemas administrativos, técnicos e interpessoais.¹⁴

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil e no mundo, questionou aqueles princípios de ocupação do tempo, controle dos corpos e normatização e propôs a superação da laborterapia (assim como a geração de renda aos estabelecimentos a partir da exploração do trabalho das pessoas privadas de liberdade). Profissões como a psicologia e a terapia ocupacional reformularam estratégias de tratamento e cuidado e, no novo paradigma, a proposta de atividades está presente sem o sentido de tratamento moral. Projetos e iniciativas com intuito de proporcionar

11 SHIMOGUIRI A F D T, COSTA-ROSA A. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63), p. 845.

12 KINKER, F S. Enfrentamentos e construção de projetos de trabalho para a superação da laborterapia. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 49-61, 2014 <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.006>

13 SHIMOGUIRI, Costa-Rosa, 2017, p.848.

14 SCHMIDT, M L G. Laborterapia na Promoção da Saúde no Trabalho sob a Perspectiva da Socionomia. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*. 2016 Dez5(2):193-197

formação e acesso ao trabalho fazem sentido, nesse novo modelo, se entendidos como instrumento para reinserção social, com objetivos de promoção de autonomia, construção de cidadania e independência, visando o respeito às singularidades a partir de interesses e habilidades dos sujeitos.¹⁵

No discurso corrente nas comunidades terapêuticas, porém, o trabalho retoma o sentido que tinha no projeto alienista, de instrumento disciplinador, não raro ganhando sentido punitivo – que fica evidente quando as sanções à fuga das regras locais se referem ao aumento da carga de trabalho. Longe de permitir expressão individual ou facilitar projetos singulares de reinserção, o uso dessa atividade, da maneira como é feita pelas CTs visitadas, no mais das vezes simplesmente corresponde a serviços de limpeza, manutenção e – como poderá ser observado – de construção predial sem remuneração, além da obrigação imposta a internos de trabalho como segurança das instituições.

Trabalhar não tem nem um sentido ético de cuidado de si ou de cuidado com o comum, nem expressão de potenciais criativos, tampouco do oferecimento de capacidades e ferramentas que contribuam para o retorno e inserção das pessoas privadas de liberdade ao convívio social com trabalho e renda.

Assim, a laborterapia não é mais do que um eufemismo para o trabalho de manutenção dos locais de internação, sem horizonte de desenvolvimento de potencialidades ou de formação profissional. Da maneira como é utilizada, a laborterapia encobre práticas de trabalho forçado e em condições degradantes, na medida em que não oferece remuneração adequada e outras garantias trabalhistas. Ao mesmo tempo, exige aqueles que ofertam os serviços de internação de arcar com os custos de manutenção dos locais, potencializando a possibilidade de maximização do lucro.

A seguir, são reproduzidos trechos dos relatórios das inspeções sobre o uso de laborterapia que, mais uma vez, não pretendem dar conta da totalidade dos casos, mas de oferecer informações sobre o funcionamento da prática:

“

[...] essa terapia se apresenta como trabalhos realizados pelos internos para a manutenção da unidade, tais como limpeza dos aposentos, da área externa da unidade, cozinha e outros serviços sem remuneração. [...] os internos também realizam a função de monitores da instituição, sem receber por tais atividades. Caso o interno não realize as atividades solicitadas pelos terapeutas, ele pode sofrer sanções disciplinares [...]

Quando perguntado se os internos trabalham, o coordenador disse que não, o que existiria seria laborterapia. Quando questionado sobre quem fazia toda a manutenção da

15 SHIMOGUIRI, COSTA-ROSA, 2017, p.848

instituição e feitura da alimentação, ele informou que eram os internos, mas que não entendia essas tarefas como trabalho. (MT 01 – Recomeço – Cuiabá)

“

Importante ressaltar que, segundo relato das “residentes”, não existe nenhum funcionário de serviços gerais na CT e que todas as atividades da casa, inclusive a limpeza do canil, são feitas por elas. Funcionários relatam que existe um profissional para fazer a limpeza da piscina e a jardinagem. (PE 02 – Reviver – Paudalho)

“

A direção se utiliza das próprias acolhidas para manter o funcionamento da comunidade terapêutica, dividindo as atividades de limpeza da casa, dos quartos e banheiros, varandas, jardim e serviços de cozinha. Assim, a instituição substitui a necessidade de contratação de profissionais habilitados para as tarefas de manutenção. Não há remuneração pelas atividades desenvolvidas. (RO 01 – Nossa Senhora – Porto Velho)

“

No momento de nossa chegada à CT, os usuários estavam retirando água da Lagoa do Bonfim (com acesso pelo terreno da comunidade), transportando em galões e armazenando em caixas de água. A atividade foi indicada como a laborterapia daquela manhã. (RN 01 – Cerena – Nísia Floresta)

“

Após o café da manhã, que acontece das 8h às 9h, as pessoas realizam “terapia ocupacional”, a qual consiste em todo o trabalho de manutenção da comunidade terapêutica, que não conta com funcionário: limpeza da casa e do sítio, lavanderia, cozinha, horta, animais, manutenção predial, etc. Questionada a terminologia por tratar-se de uma profissão, o pastor desconversou e respondeu: “são eles mesmos quem fazem, trata-se do trabalho”. (MG 07 – Renascer – São João del Rei)

“

De forma a comprovar que a laborterapia não faz parte do tratamento e que seu fim é apenas para a manutenção da instituição, a comunidade terapêutica substitui a necessidade de contratação de profissionais pela mão de obra de seus internos. Lembrando que alguns deles pagam mensalidade para ficar ali, ou então tem “vaga financiada” por recursos públicos. Essa divisão de tarefas dentro da instituição não pode configurar-se como tratamento de saúde. Segundo relatos, se os internos se negam a executar alguma tarefa, eles podem ser punidos com advertência e, no limite, desligados da comunidade terapêutica. O fato comprova a obrigatoriedade do trabalho, sendo que nenhum deles recebe salário para tanto. Os trabalhos variam entre limpeza, conservação da comunidade, cozinha, reparo da estrutura predial e realização

de obras, como construção do galinheiro e bombeamento de água para o pequeno lago.

Não são distribuídos equipamentos de proteção individual (EPI) para os internos executarem algumas tarefas que necessitariam de tais equipamentos. A equipe de visita recebeu sérios relatos de pessoas que tiveram sua visão afetada (“queimada”) por trabalharem com solda sem a devida proteção. (MG 08 – Casa de Resgate Emanuel – Bandeira do Sul)

“

Foi informado também que um interno trabalhava na horta da clínica e outros dois na construção de uma quarta casa no local. Essas pessoas também não eram remuneradas, e sequer recebiam qualquer retorno pelo trabalho, a não ser um maço de cigarros pela semana trabalhada. Os funcionários da clínica informaram que o trabalho era voluntário, realizado por quem quisesse, e que tinham sido escolhidos para a construção da nova casa dois usuários com experiência como pedreiros. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

Há ainda casos em que foi identificado emprego do trabalho fora dos limites da comunidade terapêutica, indicando outro aspecto do caráter de trabalho não remunerado – e, portanto, não regular – das atividades. Houve inclusive um relato de trabalho na casa de praia da proprietária da comunidade terapêutica.

“

Os demais internos realizam trabalhos na casa como: cuidar da horta, galinheiro, pocilga, pegar lenha para o fogão, limpeza, cozinha, construção do novo alojamento, além de reforma na casa de praia da coordenadora. A própria diretora informou aos internos que precisaria reformar a casa para vender e usar o dinheiro na comunidade. Assim, quase que diariamente, seis internos são deslocados para trabalhar na obra. Eles trabalham em média de quatro a cinco horas todos os dias da semana, considerando que são os internos que fazem toda a manutenção e alimentação de todos na instituição. Nos finais de semana, a programação muda, uma vez que a instituição recebe os familiares dos internos. (RN 02 – São José de Mipibu – Dorcas)

“

Todos os trabalhos de manutenção da comunidade são executados pelos internos. O pastor [nome excluído] (diretor da CT) chama isso de laborterapia. Há dois “obreiros”, internos que assumem uma espécie de monitoria das atividades. Eles usam coletes, crachás de identificação e apitos para controlar as rotinas da comunidade. O trabalho dos internos não é remunerado. Segundo o pastor, a laborterapia duraria apenas três horas por dia, sendo dividida em manhã e tarde. Essa informação é contrastante com os relatos recolhidos

dos usuários que dizem trabalhar pelo menos seis horas por dia. Um dos usuários relatou já ter feito um serviço externo de mudança para um amigo do pastor [nome excluído] em Belo Horizonte. Como pagamento recebeu um almoço, mas a atitude teria sido um favor. (MG 09 – Terra Santa – Betim)

“

Foi informado que a CT mantém alguns contatos, aparentemente informais, para atividade profissionalizante de manejo de trator com a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. A formação é oferecida, voluntariamente, por um professor evangélico, daquela universidade. Há um espaço de lazer próximo, onde os internos realizam atividades de cunho recreativo, e uma unidade do [excluído nome da rede de supermercados] que fornece alimentos em troca de trabalho não remunerado diário realizado por alguns internos (RJ 02 – Ebenézer – Seropédica)

Não raro, as equipes de segurança da comunidade terapêutica são compostas pelas pessoas privadas de liberdade. Em São Paulo, houve relatos de adolescentes atuando em uma dessas equipes, denominada Grupo de Apoio aos Pacientes (GAP). O trabalho de internos como seguranças será abordado também no item 4.5.5 (Segurança e vigilância). O emprego de força de trabalho sem formalização e remuneração traz indícios de práticas que, no mínimo, ferem direitos trabalhistas e que precisam ser melhor investigadas pelos órgãos competentes. Tais indicativos tornam-se mais fortes em casos nos quais está presente também a prática de resgate e de internação involuntária (ou seja, na maioria das instituições inspecionadas), quando se configura com ainda maior nitidez a delegação de carga de trabalho a pessoas que não tiveram a possibilidade de escolher a presença naqueles espaços ou de rejeitar as tarefas impostas.

Além disso, quando o interno se nega a realizar atividades de manutenção dos locais, esta é uma das fontes de punições e castigos, conforme ratificam os casos reproduzidos no item sobre castigos, adiante. Em síntese, o uso que se faz da laborterapia na quase totalidade das CTs visitadas é idêntico ao que se encontra nas instituições manicomiais. Trata-se de instrumento disciplinador, que visa simplesmente submeter os corpos à ordem. É o emprego de uma força de trabalho na conservação do espaço onde se vive, que simplesmente imputa à pessoa privada de liberdade a tarefa de limpeza e manutenção, retirando tais tarefas do rol de responsabilidades de quem oferece o serviço de internação. Isso contribui para a viabilidade econômica e, possivelmente, para a lucratividade das comunidades terapêuticas, na medida em que isenta as instituições da contratação regular de mão de obra para realização das tarefas voltadas à sua manutenção.

O trabalho nas CTs é, apesar do discurso de laborterapia, afastado de qualquer objetivo de formação ou qualificação profissional com vistas a proporcionar

novos horizontes e possibilidades de atividades remuneradas após o fim da internação. Não busca, da mesma forma, expressar potenciais ou fortalecer potencialidades. Como simples instrumento para preencher o tempo ocioso, o trabalho perde até mesmo seu sentido ético de autocuidado ou do cuidado com o comum. Por vezes, ganha, no lugar disso, o sentido de punição – quando se aumenta o trabalho como pena.

Essas relações, que não podem ser caracterizadas como práticas de tratamento em saúde, sendo mais bem entendidas como de trabalho, indicam ilegalidades sanitárias, além de possíveis violações de direitos trabalhistas. Nesse sentido, há que se indagar a legalidade inclusive em aspectos de jornada de trabalho, remuneração, adoção de medidas de redução de riscos inerentes às atividades (como equipamentos de proteção individual e coletivo), tais como garantem a Constituição Federal em seu artigo 7º, sobre direitos dos trabalhadores, e a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), nos artigos 3º, 58, 116, entre outros.

Por fim, há que se considerar até mesmo a possibilidade de existência de elementos indicativos de trabalhos forçados, jornada exaustiva, sujeição a condições degradantes, aspectos que constam da definição de trabalho análogo à escravidão no Código Penal, em seu artigo 149.

4.3.5 Ausência de protocolos ou projetos de desinstitucionalização

Dado que o tratamento de pessoas usuárias de drogas não deve ter caráter asilar, o atendimento a elas dispensado deveria sempre apontar para a convivência comunitária, em equipamentos estabelecidos no território que permitissem a máxima integração social. É nesse sentido que, durante as inspeções, buscou-se verificar como cada comunidade terapêutica trabalha a possibilidade de saída da internação, que por sua vez deveria fazer parte dos projetos terapêuticos singulares.

Cabe apontar que, em 2014, o Ministério da Saúde criou um Programa de Desinstitucionalização, inserido na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), e definiu incentivos financeiros de custeio mensal para as equipes propostas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (Portaria MS nº 2.840/2014). A portaria trata especificamente de desinstitucionalização para casos de internação de longa permanência, ininterrupta e superior a um ano. Entre os casos identificados durante a inspeção e que se encaixam nessa situação está a de uma pessoa internada há sete anos na comunidade terapêutica Cerena, em Nísia Floresta (RN) – como pôde ser aferido por meio de documentos coletados pela equipe de vistoria.

As comunidades terapêuticas visitadas, conforme as informações obtidas nas inspeções, não oferecem ferramentas que permitam, às pessoas internadas, a produção de novos projetos de vida ou a aquisição de capacidades e formação para retornar ao convívio familiar, ao trabalho ou à comunidade, conforme os relatos a seguir – que, novamente, não pretendem reproduzir a totalidade de situações encontradas nem as individualizar, mas oferecer um panorama dos achados.

“

O período máximo previsto para internação é de nove meses, podendo ser excepcionalmente estendido caso o diretor da unidade avalie que seja necessário. Grande parte dos internos já havia frequentado outras CTs anteriormente.

Atualmente, não há nenhum acompanhamento das desinstitucionalizações. Um dos internos reclamou da ausência de oferta de cursos profissionalizantes ou de qualificação aos usuários: “Noves meses, mas e depois? Vai voltar com a cabeça na boca do leão.” (MG 09 – Terra Santa – Betim).

“

Alguns relatos demonstram experiências anteriores de internação na mesma comunidade e em outras unidades, sendo alarmante o discurso de uma das acolhidas de que seu projeto futuro é continuar na CT como voluntária. Assim, há que se ponderar se outras opções de tratamento são articuladas com os equipamentos dos territórios onde residem, ou se o tratamento, o afastamento do convívio social e a religiosidade a ele inerentes são apresentados como solução aos impactos do uso de drogas à qualidade de vidas dessas mulheres. Da mesma forma, não se identificam tentativas ou práticas produtoras de reinserção social o que comumente se reflete na adoção da “carreira de monitora da CT” como um projeto de vida viável, efetivamente o único que se pode vislumbrar. (SC 01 – Fazenda da Esperança – Florianópolis)

“

Segundo as informações colhidas no local, as internações duram entre três e seis meses. Não há indicação de preparação para o momento de saída ou acompanhamento formal durante o período de desligamento. Foram relatadas várias reinternações. (PB 02 – AMA – Conde)

“

O período de internação é de um ano, podendo de acordo com o caso clínico, ser prolongado. Não foram identificadas medidas para trabalho de desinstitucionalização. O foco é o isolamento da sociedade como parte do tratamento. Percebe-se um apelo velado para que elas permaneçam vinculadas a instituição desenvolvendo trabalho voluntário, que pode durar mais 12 meses e inclusive experimentar convivência em outras unidades da instituição no país, criando um forte apelo a institucionalização. (PA 02 – Fazenda Esperança – Abaetuba)

“

Não se teve conhecimento de um projeto de desinstitucionalização, parecendo antes que os internos são preparados para permanecer ligados aos princípios religiosos aos quais são submetidos, perpetuando-os, seja enquanto “coordenadores”, desempenhando ali na comunidade terapêutica as suas funções, seja nas vidas como um todo. (RJ 02 – Ebenézer – Seropédica)

A ausência de projetos para o retorno da vida em sociedade acaba transformando a permanência nas CTs – como monitores ou coordenadores – no horizonte possível, em um círculo que facilmente se fecha, traduzindo-se em reclusão e isolamento por longos períodos.

Nas seis comunidades terapêuticas nas quais se afirmou haver projeto de desinstitucionalização, esse seria composto, em linhas gerais, pelo aumento da frequência das saídas da CT e pelo incentivo para que o interno busque trabalho. Em alguns lugares há oficinas (artesanato, panificação, agricultura), mas elas dificilmente chegam a oferecer novas ferramentas ou habilidades profissionais. O padrão encontrado é perceptível nos trechos a seguir.

“

A psicóloga informou que quando se aproxima a saída dos internos ela trabalha nos grupos como fazer planejamento financeiro, como procurar um lugar para morar ou um trabalho [...] Dinâmica de saída para ver a família: após três meses de permanência, o acolhido sai por três dias para passar o final de semana em casa.

Em seguida, passado o tempo de 15 dias, o acolhido sai novamente por três dias, o que se repete quinzenalmente.

Paralelamente, a família pode visitar as pessoas acolhidas todos os domingos. [...] Após cinco meses de tratamento, mediante autorização, o residente pode começar a procurar trabalho ou até mesmo trabalhar, voltando para a instituição após o expediente. Os internos também são revistados quando saem para saídas terapêuticas. Alguns têm autorização para sair sozinhos para resolver suas coisas. (DF 01 – Caverna do Adulão – Planaltina)

“

O período máximo de internação é de nove meses. Caso a acolhida não tenha família ou não consiga um emprego para se sustentar, pode ficar um pouco mais. É permitido após seis meses de internação que a acolhida passe um final de semana em casa, não havendo nenhum contato externo antes desse período, senão para ir às unidades de saúde ou à missa, sempre acompanhadas por monitoras. Após o término da internação, há uma reunião mensal para acompanhar a finalização do tratamento. (RO 01 – Nossa Senhora Aparecida – Porto Velho)



Após o término da internação, há um período de desinstitucionalização, previsto para ser realizado durante quatro meses, no qual o interno passa a residir na cidade de Porto Velho para realizar uma reinserção social e familiar. Esse período pode se estender caso necessário. Posteriormente à alta é realizado um acompanhamento em períodos quinzenais ou mensais. (R0 02 – Porto da Esperança – Candeias do Jamari).

A escassez de ações e iniciativas que visem construir a possibilidade de saída da internação é a principal informação obtida sobre o tema. A tendência que se vê, é de manutenção da institucionalização, de forma que o planejamento para a saída dos espaços recebe pouca atenção, inclusive pela falta de profissionais qualificados para tanto, indicando mais uma vez a característica asilar.

4.3.6 Interlocução com dispositivos da rede de atenção à saúde

No Brasil, a atenção psicossocial a pessoas com transtornos mentais, inclusive decorrentes de uso de álcool e outras drogas, é orientada por diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde que normatizam as práticas na área, no sentido de oferecer, às pessoas em tratamento, acesso ao cuidado à saúde integral. Uma dessas diretrizes é a organização dos serviços em rede regionalizada de atenção à saúde, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (Portaria MS/GM nº 3.088/2011). Ao questionar, durante as inspeções, sobre a interação com a Rede de Atenção Psicossocial, o que se pretendia era justamente avaliar como as comunidades terapêuticas vêm interagindo com outros dispositivos de atenção à saúde.

Foram 12 as comunidades inspecionadas que afirmaram interagir com a Raps. Porém, ao descreverem essa interação, fica evidente que se trata do acesso pontual a serviços oferecidos pela rede pública de saúde, alguns deles em saúde mental, mas não há articulação sistemática, ou que caminhe para diversificação de estratégias de cuidado, menos ainda para estabelecer relação com o território.

Para fins de produção deste relatório, considerou-se que uma comunidade terapêutica tem interlocução com a Raps quando o contato relatado é contínuo. Uso ocasional de serviços de saúde não foi considerado interlocução com a Raps, mesmo quando essa foi a informação que veio dos relatórios estaduais, baseada em entrevistas com a equipe das instituições.

Assim, o padrão encontrado nas instituições visitadas é que essas mantêm-se isoladas do conjunto de instrumentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas existente no Brasil. Por outro lado, também é possível perceber críticas às

práticas do Centro de Atenção Psicossocial (Caps), que indicam as dificuldades decorrentes da relação entre essas instituições, de perfis diferentes.

Nos casos apresentados a seguir, é possível aproximar-se das dinâmicas dessa relação. Apresentamos, inicialmente, ocorrências nas quais fica evidente a interação apenas com serviços públicos gerais de saúde:

“

O programa terapêutico da instituição também indica que “de acordo com a Anvisa, através da RDC 29/2011”, a casa manteria relação com a rede de saúde, contando com “o apoio da rede pública do município de São João Del Rei”. No próprio regimento interno, a instituição indica que apenas “caso de urgência ocorrido durante o período da internação” possibilitará que a pessoa em privação de liberdade tenha acesso a “algum tratamento médico, dentário, etc.”. Na entrevista final com a direção, foi informado que pessoas que já realizam algum tipo de tratamento de saúde podem continuar a frequentá-lo, mas fica a cargo da família providenciar o deslocamento, com acompanhamento de representante da instituição. (MG 07 – Renascer – São João del Rei)

“

Conclui-se que o acompanhamento global de sintomas e comorbidades é realizado por unidade básica e hospital geral, sem o devido referenciamento do Centro de Atenção Psicossocial especializado em Álcool e Drogas. Durante as entrevistas, a equipe percebeu que algumas acolhidas demonstravam pouca articulação de falas e estado de confusão mental. (SC 01 – Fazenda da Esperança – Florianópolis)

Quando há contato com os Caps, em geral, trata-se de consultas com psiquiatras para prescrição de medicamentos, sem que se interaja com as propostas de cuidado em meio aberto que definem aqueles espaços, de modo que fica claro o caráter de busca da medicação para efeito de controle das pessoas institucionalizadas nas CTs. Seguem os relatos:

“

Uma avaliação diagnóstica prévia é feita por um médico laboral, segundo o diretor. Mas os profissionais informaram que todos os internos passam por avaliação com psiquiatra do Caps, logo que são admitidos.

Quando os acolhidos necessitam de atendimento médico, são levados de carro para as unidades de atendimento integrado (UAI) nos bairros Planalto e Luizote de Freitas. [...]

Outro dado relevante informado é que todos os acolhidos passam por atendimento psiquiátrico no Caps, mas não de modo imediato, pois dependem da disponibilidade da rede pública de saúde. Todavia, o psicólogo tem uma crítica a

esse respeito. Diz que a relação com a rede é amistosa, mas que o termômetro que tem é o de que TODOS os acolhidos sempre voltam do atendimento médico com uma lista de medicamentos prescritos e, segundo seu ponto de vista, nem sempre tais fármacos são indispensáveis ou até mesmo necessários. Em muitas ocasiões, acredita que até atrapalham. Contudo, essa é sua opinião. Ele não pode e não diz ao acolhido para não tomar o remédio. (MG 01 – Nova Criatura – Uberlândia)

“

A instituição utiliza com frequência o Caps mais próximo, porém, com o intuito de medicar os internos, ou seja, o único aspecto que eles usufruem do Caps é o ambulatório e, a partir do discurso de muitos, não é de forma constante e nem obrigatória. (GO 01 – Salve a Si – Cidade Ocidental)

“

Os internos vão mensalmente ao psiquiatra do Caps para a prescrição dos medicamentos. Os monitores retiram a medicação e armazenam em armário com tranca nas caixas pessoais juntamente com a receita e administram conforme indicado pelo médico. Todo o suporte de saúde que os internos recebem é da rede pública, seja na UBS do bairro, no Caps, na UPA e etc., dependendo da demanda. (RO 02 – Porto da Esperança – Candeias do Jamari)

“

Diretor considera o atendimento do Caps “fraco”, “deficiente” e “não vê resultados”. Não há articulação com outros equipamentos da rede ou da cidade. O transporte dos internos é feito nos carros da instituição: um veículo próprio e quatro como depositário fiel. (MG 01 – Nova Criatura – Uberlândia)

“

Tanto nas falas da proprietária da casa quanto dos internos foi dito que recebiam assistência de saúde quando necessário na unidade básica de saúde (UBS) de São José de Mipibu/RN, município em que está localizada a entidade, ou então na UBS de Candelária em Natal/RN, onde a proprietária tem pessoas conhecidas. Também informaram que, geralmente a cada 15 dias, os abrigados iam receber tratamento no Caps I de São José de Mipibu/RN, com ajuda da prefeitura que fornecia um carro para fazer o traslado (uma Kombi). Todavia esse esquema sofria muitas interrupções porque nem sempre o transporte estava disponível. (RN 02 – Dorcas – São José de Mipibu)

“

Os monitores têm acesso à lista de internos que fazem uso de medicação e ministram nos horários estabelecidos pela técnica de enfermagem. Quando o interno não tem condição financeira de ir ao psiquiatra indicado pela unidade, ele é encaminhado para o Centro de Atenção Psicossocial. Quando é identificada uma demanda que ultrapassa as condições da

unidade, os internos são encaminhados para os equipamentos de saúde do território. (PA 01 – Embrião – Castanhal)

Na contramão da interlocução com a rede, por vezes, o que se encontrou foi a dificuldade de acesso à saúde, via sistema público, garantido constitucionalmente e normatizado pela resolução da Anvisa, segundo a qual “as instituições devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de SPA, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde” (RDC Anvisa nº 29/2011, art. 8º). Tem-se, porém, situação em que:

“

A comunidade terapêutica não realiza atendimento de saúde internamente. Quando necessário, as pessoas privadas de liberdade são levadas para atendimento externo no carro da instituição ou a família é chamada para fazer esse transporte. Há relatos que dão conta de que, quando utilizado o carro da instituição, uma taxa é cobrada do interno. Há denúncias de que exames feitos na rede pública de saúde seriam cobrados da família dos internos, apesar de terem sido realizados de forma gratuita, sem ônus para a comunidade terapêutica. (MG 08 – Casa de Resgate Emanuel – Bandeira do Sul)

Em outro caso de restrição de acesso à saúde, há um evidente componente de gênero, dado que às mulheres privadas de liberdade pode estar sendo negado o acesso a acompanhamento ginecológico.

“

As mulheres devem ter seu direito à saúde garantido, incluídos aí o direito à saúde reprodutiva e sexual. Ou seja, a elas deve ser disponibilizado acesso a serviços de saúde preventiva com atenção a necessidades específicas de gênero, por exemplo, exames de prevenção de câncer de colo de útero, bem como todos os serviços para tratar de doenças sexualmente transmissíveis, com a possibilidade de realização de exames com o consentimento da mulher e seu consequente tratamento, caso se faça necessário. Porém, a CT apenas encaminha as mulheres para atendimento médico em casos graves.

[...]

Adicionalmente, tendo em vista que não há um tratamento oferecido na CT, a história de vida das mulheres não é levada em consideração para trabalhar o uso que elas faziam do álcool e outras drogas. Por exemplo, mulheres que já sofreram algum tipo de violência e que atribuem a esta violência a sua busca pela droga não podem trabalhar tais questões, uma vez que a única possibilidade oferecida na CT é a laborterapia. (MG 03 – Fazenda Vitória – Lagoa Santa)

Os relatórios apresentam, portanto, bases para afirmar que a interlocução das comunidades terapêuticas com os dispositivos do sistema de saúde tende a ser pontual. Uma interlocução apenas para acessar serviços públicos de saúde e serviços de médicos psiquiatras oferecidos pelo Caps, no lugar de uma articulação mais próxima com aquele espaço e as possibilidades de cuidado que oferece.

4.3.7 Violação da norma sobre período de internação

Norma estabelecida pelo Ministério da Saúde define o período máximo de nove meses de internação em comunidades terapêuticas (Portaria MS/GM nº 3.088/2011, art. 9º). Porém, segundo informações coletadas pela inspeção, os períodos relatados por funcionários e diretores variam. Como regra, o que se encontra é um prazo de internação desvinculado de projetos terapêuticos singulares e a fragilidade dos projetos de desinstitucionalização.

É curioso notar que em uma única CT a resposta à questão sobre período de internação foi a de no máximo nove meses – conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde. Em franco desacordo com a norma, em 13 das comunidades visitadas há determinação de prazo mínimo de permanência – o que não consta da regra.

Em algumas das justificativas para o período de internação, ficam visíveis as bases unicamente religiosas e, novamente, a fragilidade desses locais em termos de proporcionar ferramentas para a reconstrução de projetos de vida após a desinstitucionalização. Nos casos mais graves, simplesmente não há critérios para definir o prazo de internação:

“ As informações obtidas por meio das entrevistas feitas com a direção, com os obreiros e com os internos, apontam que o centro de recuperação não trabalha no sentido de um tratamento para os dependentes de álcool e outras drogas. O período mínimo de internação é de 30 dias e o máximo de 120 dias, que pode ser renovado ilimitadamente.

Nesse sentido, o relato da direção afirma que o centro [comunidade terapêutica] não está “tratando” o uso abusivo de álcool e drogas, mas sim da “falta de Deus” na vida daquelas pessoas, por isso, não se preocupam com o “depois” da internação. (MG 05 – Peniel – Brumadinho)

“ Uma questão relevante diz respeito ao final do tratamento e ao processo de alta. Vários internos estão lá há anos e, como não há interesse de familiares em buscá-los, lá permanecem indefinidamente. Outros, com menos tempo, demonstram-se aptos a sair. Como não há acompanhamento de evolução de

cada caso, aparentemente, o único critério de alta é a conversão e adoção dos preceitos religiosos cuja demonstração pública e convencimento dos obreiros constituem a ideia de tratamento concluído. Há certo obscurantismo quanto a esse final. (MG 04 – Maanaim – Itamonte)

4.3.8 Ausência de registros individuais dos residentes

A Resolução RDC nº 29/2011 da Anvisa estabelece que haja uma ficha individual para cada pessoa residente nas instituições, na qual deve ser registrado periodicamente o atendimento dispensado e intercorrências clínicas (art. 7º). Define também que, nessas fichas, devem ser registradas rotina, atividades lúdico-terapêuticas, atendimentos em grupos ou individuais, atividades educativas e de desenvolvimento, atendimento médico, participação em rotinas de limpeza e organização, atendimento à família, previsão de tempo de internação e atividades com vistas à reinserção social.

Somente em 15 das 28 CTs inspecionadas se verificou a existência de prontuários médicos, porém, em nenhuma delas observou-se seu preenchimento sistemático. Nas demais CTs, tais registros simplesmente não existem. Isso, mais uma vez, sinaliza que a internação, por si só, é a pretensa medida de tratamento. Além disso, dificulta qualquer tipo de análise ou avaliação sistemática das práticas.

“

Apesar de a direção alegar que havia registros e acompanhamentos individuais e sistemáticos de cada um dos internos, os registros eram feitos com grandes intervalos de tempo, de maneira superficial e denotando um viés moral a respeito das pessoas atendidas. Não se pode afirmar, portanto, que havia um acompanhamento técnico adequado. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

“

Segundo os internos entrevistados pela equipe da visita de inspeção, não existe uma rotina específica além da medicação e, esporadicamente, dos grupos de mútua ajuda. Os internos com quem conversei negaram atendimentos psicológicos e psiquiátricos. A fala deles corrobora com a lacuna de registro de atividades nos prontuários e as poucas evoluções da equipe apresentadas nos documentos. A exceção são os registros da enfermagem praticamente diários nos prontuários dos internos. (PB 02 – AMA – Conde)

Em casos de internação compulsória, a ausência de registros em si já é um problema grave. Isso demonstra que falta, no interior das comunidades terapêuticas inspecionadas, uma mínima institucionalidade capaz de organizar e acompanhar a situação das pessoas que ali estão por decisão de órgãos públicos.

Especificamente em relação ao trabalho de psicólogas e psicólogos, a Resolução CFP nº 001/2009 torna obrigatório e define as normas mínimas para o registro documental dos serviços psicológicos, mesmo quando não possam ser mantidos prontuários. De caráter sigiloso, o registro deve descrever atividades e procedimentos técnico-científicos adotados de forma sucinta. Devem constar identificação da instituição e do usuário, avaliação da demanda e objetivos, evolução dos trabalhos, entre outros. Para atendimento em grupos, o psicólogo “deve manter, além dos registros dos atendimentos, a documentação individual referente a cada usuário” (art. 5º, parágrafo III).

Durante as inspeções, em poucas CTs foram encontrados registros individuais das pessoas internadas e, naquelas que os possuíam, o padrão era de pouca profundidade e ausência de adequação às normas técnicas.

“

Não foi possível verificar os registros profissionais, uma vez que apenas a psicóloga os realiza. Aparentemente, tais registros não são institucionais, visto que são feitos em caderno próprio da psicóloga e não ficam disponíveis na instituição. (MG 08 – Casa de Resgate Emanuel – Bandeira do Sul)

“

Não há qualquer nuance de abordagem individual, condução de caso a caso, ou algo semelhante. A verificação dos prontuários evidencia que há pastas individuais, com o resguardo dos documentos de identificação e cartão do SUS, por vezes uma medida judicial, alguma receita e uma sucinta anotação da psicóloga, filha do pastor, na qual consta o nome, a idade, alguma referência à droga usada, à existência de outros usuários de drogas na família, capacidade ou não de articulação da fala, eventual dificuldade de adaptação, saudade da família. Não há anamnese, não há relatos da evolução do caso, não há sequência de atendimentos, senão por problemas disciplinares. Ademais, não constam dos prontuários anotações de profissionais da medicina, psiquiatria, etc. Há apenas um retrato da triagem inicial, em geral feita no dia da chegada. Também, na grande maioria dos casos, não constam dos prontuários as medidas judiciais. (MG 04 – Maanaim – Itamonte)

Sem registros, ficam comprometidas quaisquer avaliações da evolução da pessoa internada ou informações sobre seu histórico que possam embasar propostas de cuidado. A ausência de registros psicológicos, além de ferir a normatização da profissão, se soma à inexistência de projetos terapêuticos singulares e, como consequência, à ausência de ferramentas para construção de projetos de retomada e reconstrução da vida cotidiana além dos muros das comunidades terapêuticas.

4.4 Equipes de Trabalho

4.4.1 Fragilidade nas equipes multidisciplinares

De acordo com a Lei da Reforma Psiquiátrica, a internação de pessoas com transtornos mentais é indicada apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Terá como finalidade, nesses casos, a reinserção social, e oferecerá assistência integral, que deve incluir “serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.” (Lei nº 10.2016/2001, art. 4º, parágrafo 2º). Instituições desprovidas desses recursos e que não assegurem os direitos enumerados na lei são consideradas asilares e é vedada a internação nesses locais. Com base nisso, verifica-se a enorme importância da existência de profissionais de saúde capazes de oferecer a assistência integral requerida para as situações em que a internação seja o recurso necessário.

Além disso, a Resolução RDC nº 29/2011 da Anvisa estabelece que essas instituições tenham recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas e que proporcionem capacitação à equipe. Durante as inspeções, buscou-se verificar o perfil e a qualidade da atenção profissional em saúde disponibilizada aos internos.

O quadro encontrado nas comunidades terapêuticas vistoriadas foi de escassez de profissionais para a oferta de assistência integral. Há poucos profissionais com formação na área de saúde e muitos monitores. A título de exemplo, em apenas cinco das comunidades terapêuticas inspecionadas houve registro de presença de três categorias: enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Em outras quatro, os relatos foram de completa ausência de equipe técnica.

Entre as comunidades visitadas, 23 afirmaram trabalhar com monitores e 15 disseram ter voluntários. A escassez de profissionais é um sintoma dos arranjos improvisados que, ao cabo, constituem as comunidades terapêuticas. É também indicativo da fragilidade desses espaços em termos de capacidade de prover, de fato, atenção à saúde. O modelo acaba tendo como consequência, também, a incapacidade de atender a requisitos normativos diversos, tais como a manutenção dos registros e prontuários das pessoas privadas de liberdade.



A CT funciona primordialmente sob responsabilidade de dois monitores. Eles trabalham por turnos de sete dias, alternando-se durante o mês. Os monitores não têm formação em saúde, mas cuidam de todos os detalhes do cotidiano. Desde tocar o sino, utilizado como referência para a organização das atividades, demarcar os horários de despertar, rezar, trabalhar, até decidir sobre a utilização dos espaços de oficina

e acompanhar as ligações realizadas pelos internos para seus familiares. Os monitores são os principais agentes de “cuidado” da CT. (MG 02 – CT Esquadrão da Vida – Francisco Sá)

“

Foi informado que não há, na unidade, profissionais contratados (nível técnico ou superior) para prestação de serviços.

Na data da visita, a equipe de pessoal responsável pelo atendimento às demandas dos internos contava com dois obreiros e cinco obreiros auxiliares que fazem toda a gestão do espaço/pessoas. [...] Todos os obreiros são voluntários, não havendo vínculo formal de trabalho e nem remuneração. A manutenção da unidade, como faxina, capina, limpeza geral, eletricidade, hidráulica e pintura é feita pelos internos e/ou obreiros.

Foi ainda mencionada a visita semanal de um pastor, também psicólogo, que conversa com os internos, mas não faz “atendimento psicológico”. (MG 05 – Peniel – Brumadinho)

“

Os dois obreiros não passaram por processo de formação para ocupar seus cargos. Foram escolhidos pelo diretor por serem internos “exemplares” na obediência às regras. Um interno que também é obreiro nos relatou que uma das suas funções é impedir a formação de “bolinhos” (rodas de conversa), para evitar que os internos conversem sobre os seus tempos de “ativa” (uso de drogas). Não é permitido o consumo de drogas ilícitas, assim como o de álcool e tabaco. (MG 09 – Terra Santa – Betim)

“

Vale destacar, todavia, que as informações constantes nessa lista [de funcionários] estão em conflito com as informações prestadas pelos usuários e funcionários durante a inspeção. Em relação ao médico, segundo relato dos usuários, as consultas são realizadas “em grupo” uma vez por mês. Já o psicólogo, segundo seu próprio relato, atua no local terças e quintas, das 9h às 16h, mas só realiza atendimentos individuais. Segundo os usuários, não há qualquer profissional enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou nutricionista. A contratação dos próprios funcionários nos parece inadequada. O [nome suprimido], por exemplo, relatou que trabalha cinco dias por semana, inclusive à noite (24 horas), há três anos, e não possui carteira de trabalho assinada, sendo nítida a exploração a que os funcionários são submetidos, não tendo direitos trabalhistas respeitados. Com folga de dois dias na semana, disse que sua esposa teria pedido a separação por conta dessa situação, mas resolveu continuar trabalhando, pois sentiu que recebeu um “chamado de Deus”. (SP 02 – Recanto Vida Nova – Mairinque)

“

A falta de tratamento de saúde das pessoas internadas, é observada pela ausência de equipe de saúde multidisciplinar

(contando apenas com uma psicóloga voluntária que comparece uma tarde por semana), contato irregular e conturbado entre a CT e a Raps, restando apenas a ação de UBS de maneira pontual e ocasional (SC 01 – Fazenda da Esperança – Florianópolis).

“

Ficou evidenciado na visita que não existia equipe de saúde nem técnica alguma atuando na CT. O diretor – aluno do curso de psicologia e pastor – é a única pessoa que atua na comunidade, sem ser interno em tratamento. Os próprios internos desempenhavam funções ou responsabilidades sobre algumas tarefas de manutenção e organização da entidade. (RN 01 – Cerena – Nísia Floresta)

Nos casos em que há presença de profissionais, foram raros os registros de formação específica na área de atenção a usuários de álcool e outras drogas ou de saúde. A regra foi encontrar condições de trabalho precárias. Nas vezes em que foram citados cursos de especialização, em geral, tratou-se de formações rápidas. Em raras ocasiões, foram mencionadas especializações de nível universitário.

“

A equipe é formada, em sua grande maioria, por “acolhidos” que se tornaram “monitores”; o serviço de manutenção do espaço é feito por eles próprios. De equipe especializada só foi observada a presença de uma psicóloga e um fisioterapeuta. Inclusive, os terapeutas (assim nomeados pelos internos) são pessoas que fizeram algum curso na Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract) e estão lá na modalidade de voluntários.

Não existem funcionários registrados. No que diz respeito ao quadro de profissionais, todos atuam como voluntários (ou MEI) e recebem remuneração caracterizada como “ajuda de custo”. Logo, não há formalização de vínculos trabalhistas. (GO 01 – Salve a Si – Cidade Ocidental)

“

Não é realizado qualquer tipo de formação para os profissionais que trabalham na comunidade terapêutica. O diretor afirma ter participado ou já ter realizado um curso, no entanto, ele não soube especificar qual. Ou seja, a comunidade terapêutica não possui um quadro de profissionais qualificados e especializados para realizar o atendimento devido a pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, fato bastante preocupante. (MG 08 – Casa de Resgate Emanuel – Bandeira do Sul)

Por fim, em mais de uma CT os profissionais responsáveis pelo cuidado eram também ditos voluntários, mas sem a formalização das atividades com esse

perfil. Isso aponta para um quadro de precariedade nos vínculos de trabalho ali presentes e de patente desrespeito à legislação trabalhista.

“

Não há equipe técnica composta por profissionais habilitados para realizar um atendimento adequado. De acordo com informações da responsável pela comunidade terapêutica no momento da visita, trabalhariam lá: o proprietário, três coordenadores e uma psicóloga. A psicóloga e os coordenadores trabalham de forma voluntária, ou seja, sem qualquer tipo de vínculo empregatício. O regime de plantão seria permanecer uma semana na comunidade terapêutica, com folga na semana seguinte. Eles não recebem qualquer forma de pagamento pelas funções desempenhadas. Ou seja, não há respeito às leis trabalhistas na instituição. [...]

Há apenas uma psicóloga, formada em 1985, com registro no CRP-MG, mas que não atuou na área desde então, nem fez cursos de reciclagem ou formação específica para atender em comunidades terapêuticas. É ex-interna da unidade tendo concluído seu tratamento em abril de 2017, desde então permanecendo como voluntária. Na verdade, observou-se que a profissional repete com as internas o modelo que foi aplicado a ela na instituição. Sua rotina consiste em aplicar, às segundas-feiras, o “FTI – Felicidade Trabalho Interior” – método desenvolvido na unidade – e os 12 Passos do Programa de Narcóticos Anônimos às quartas-feiras. Às vezes, a psicóloga desenvolve algumas dinâmicas em grupo e esporadicamente atendimentos individuais. Os atendimentos individuais podem ser demandados pelas internas ou pela própria instituição/psicóloga. Mas não existe um projeto de “acompanhamento psicológico” para cada interna. Segundo as usuárias do serviço, esses atendimentos individuais consistiriam, sobretudo, em um processo de convencimento para que não abandonassem o tratamento antes de tê-lo finalizado e aconteceriam sempre que alguma interna manifestasse desejo de se retirar da CT. Outro ponto considerado problemático na atuação da profissional de psicologia é o fato de morar com as usuárias. A sua jornada de trabalho consiste em permanecer integralmente na instituição durante os sete dias da semana. Na semana seguinte, a psicóloga teria folga. Ou seja, em um mês de quatro semanas, em duas, a psicóloga estaria presente na CT. Ela também informou que irá realizar uma pós-graduação em dependência química nos próximos meses. Na mesma entrevista, a psicóloga disse nunca ter ouvido falar em “Raps” e também não saber que o Caps faz parte da rede. (MG 03 – Fazenda Vitória – Lagoa Santa)

“

A instituição conta com um psicólogo e uma assistente social que trabalham, segundo relato, às terças e quintas. São 16 horas de trabalho para cada profissional por semana.

Os profissionais e o monitor informaram que neste momento atuam de forma voluntária, uma vez que o convênio com a

Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social (Sedese) terminou e a CT deu baixa na carteira de trabalho de todos os funcionários. (MG 02 – CT Esquadrão da Vida – Francisco Sá)

4.4.2 Indícios de violação de direitos trabalhistas: voluntários

Além da substituição do trabalho formal e remunerado pelo que se denomina laborterapia, o que se encontrou na inspeção nacional realizada em outubro de 2017 foi a presença constante de um chamado trabalho “voluntário” que, sem que se configure de fato essa modalidade, encobre violações aos direitos trabalhistas. O trabalho dito voluntário aparece de duas formas principais: pelo recrutamento de profissionais sem remuneração e pela permanência de ex-internos que assumem tarefas nas comunidades terapêuticas como monitores ou obreiros, sem formalização dessas atividades.

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) define vínculo empregatício como a prestação de serviços a um empregador de forma contínua, subordinada e mediante remuneração. O serviço voluntário, não remunerado, e que não gera vínculo empregatício, é caracterizado, na Lei nº 13.297/2016, como atividade não remunerada prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza ou a instituição privada sem fins lucrativos que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência à pessoa. Essa lei requer ainda a celebração de termo de adesão – que é, na prática, uma forma de contrato – entre a instituição e o prestador de serviço voluntário, no qual constem o objeto e as condições do exercício.

Em 15 das 28 comunidades inspecionadas, houve menção à presença de voluntários, que ocupam posições de monitores e obreiros, terapeuta, psicólogo, pedagogo e assistente social.

As pessoas que se dizem voluntárias, na grande maioria dos casos, trocam trabalho por abrigo e alimentação. As condições dessa troca não estão registradas e, em geral, a situação de voluntariado não é oficializada – foram poucas as comunidades terapêuticas que apresentaram algum termo de adesão voluntária. O caso mais extremo, possivelmente, é aquele em que toda a equipe é voluntária, na CT Terra Santa, em Minas Gerais. Além disso, houve o caso de pessoas que foram contratadas e que, depois, mantiveram-se trabalhando na comunidade sem registro, em flagrante desrespeito à legislação trabalhista.

Para além da violação dos direitos trabalhistas, há – pela rara formalização dos voluntários – um terreno fértil para a prática de violência, tortura e tratamento cruel desumano e degradante, uma vez que a facilidade na substituição desses

“voluntários” por outros “voluntários”, sem que qualquer registro de caráter formal tenha sido feito sobre a atividade exercida, dificulta a apuração de possíveis denúncias de violação de direitos.

As situações de permanência de ex-internos como voluntários foram frequentes. Em um dos locais visitados, até mesmo a coordenadora era ex-interna. Houve ainda casos em que durante o próprio período de internação as pessoas privadas de liberdade foram galgando passos na hierarquia interna. Tais situações ratificam a falta de perspectivas, na medida em que a permanência naqueles locais é o horizonte possível – e tudo o que se oferece.

“

[...] houve mulheres internadas que já concluíram os 12 meses de tratamento e optaram por prestar apoio voluntário à instituição, algumas vindas de outros estados. (PA 02 – CT Fazenda Esperança – Abaetuba)

“

Em entrevista à equipe de inspeção, o terapeuta verbalizou que suas atividades são de caráter voluntário, mas que recebe ajuda de custo mensal e vai à unidade todos os dias, até finais de semana, de forma a caracterizar vínculo de trabalho. Ele verbalizou que sua função é conduzir grupo com os adolescentes no período da manhã e tarde, realizando um trabalho de espiritualidade e leitura do Evangelho. (MT 01- Recomeço – Cuiabá)

“

Conhecemos um interno que está na CT há cinco meses e meio, já finalizando o tempo de tratamento usual, que é de seis meses. Esse paciente, em final de tratamento, passou a ocupar uma função de maior confiança na instituição e está atuando como alguém entre os monitores e os internos. A perspectiva, relatada por ele próprio, era continuar na CT como monitor. Ou seja, o tratamento não terá fim para ele, pois sua perspectiva é continuar morando na CT após concluir o prazo de seis meses. (MG 02 – CT Esquadrão da Vida – Francisco Sá)

“

O coordenador, que é um ex-usuário, faz a triagem, a revista dos internos, quando necessário, e auxilia na manutenção das regras institucionais. Ele é contratado e recebe um salário mínimo. Também auxilia toda parte administrativa da CT: entrada e saída de internos; despesas; fluxo de compras; gerenciamento de todo o plano terapêutico global; organização das visitas aos internos; e monitoramento do cumprimento de regras. A CT possui atualmente 12 voluntários que se revezam em relação às atividades de organização cotidiana da comunidade. (PB 01 – Fazenda do Sol – Campina Grande)

“

A comunidade conta com 13 funcionários: três contratados, um prestador de serviços, oito voluntários e um em outra função. Há uma assistente social, voluntária. Entre as voluntárias, seis já foram internas. (PA 02 – Fazenda Esperança – Abaetuba)

“ Houve relato de uma pessoa que estava lá há dois anos com a justificativa de ter se tornado um voluntário trabalhador da casa, porém, sem receber salário e com direito somente a uma ajuda de custo. (GO 01 – Salve a Si – Cidade Ocidental)

“ Ao chegar à Associação Nova Criatura, às 10 horas, a equipe foi recebida por [nome suprimido], que se identificou como monitor e responsável pelo local naquele momento. A entrada foi prontamente franqueada, não havendo qualquer dificuldade ou empecilho para se realizar os trabalhos que aqui serão descritos.

O [nome suprimido] informou que era ex-usuário e ex-acolhido da Associação Nova Criatura e que, após seu restabelecimento, tornou-se voluntário no local e atualmente compunha o quadro de funcionários celetistas. No momento da entrada, não havia ninguém da equipe técnica e foi solicitado o seu comparecimento. (MG 01 – Associação Nova Criatura – Uberlândia)

“ Havia também a figura dos coordenadores, ex-internos, que agora eram remunerados pela atividade desenvolvida. A equipe de inspeção conversou com um deles, o qual informou ter ficado internado por dois anos, período em que exerceu a função de monitor. Ao final do tratamento foi convidado a prestar serviços como coordenador. Estava há dois anos como funcionário da instituição, sendo contratado como prestador de serviços. Revezava sua função com mais um funcionário da clínica, trabalhando dez dias e folgando quatro, dormindo na própria clínica nos dias de trabalho. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

“ É bastante simbólico o caso de uma das coordenadoras que é ex-interna e está há dois anos na comunidade. Nas semanas de folga, ela iria para um apartamento do dono da comunidade terapêutica, por não possuir outros vínculos familiares. Apresentava um discurso altamente institucionalizado e representava, de certa maneira, o trabalho realizado pela comunidade terapêutica, ou seja, o de institucionalizar mulheres e de não conseguir fazer com que elas quebrem o vínculo com a instituição. É como se ela não fosse capaz de pensar um projeto de vida para além da comunidade terapêutica. A mesma situação é observada em relação à psicóloga. Nesse sentido, também há dois homens que moram na instituição há anos e que acabam por corroborar seu papel asilar e de institucionalização dos sujeitos. (MG 03 – Fazenda Vitória – Lagoa Santa)

Os inúmeros relatos apontam para uma tendência na qual o critério para a contratação passa pela experiência de internação, em um estranho discurso no qual se vincula a condição de usuário em abstinência ao trabalho voluntário, que parece ser uma carreira profissional dentro das comunidades. A prática

demonstra, mais uma vez, tratar-se de um sistema fechado em si mesmo, com pouco empenho em preparar as pessoas que passam por ele para retornar ao convívio social. Ao mesmo tempo, o trabalho feito pelos ex-internos facilmente reproduz a maneira de agir dentro das comunidades terapêuticas, garantindo a perpetuação do modelo, sob baixo custo para quem as administra.

4.4.3 Presença médica e caracterização como instituições médicas ou não médicas

De acordo com a Resolução nº 2.056/2013, do Conselho Federal de Medicina, caso uma comunidade terapêutica realize internação involuntária e compulsória, parcial ou integral, assim como a prescrição de medicamentos, ela é caracterizada como comunidade de natureza médica. Essa caracterização, conforme o parágrafo 2º do art. 28 da resolução, implica que as CTs “deverão ser dotadas das mesmas condições que os demais estabelecimentos de hospitalização, garantindo plantão médico presencial durante todo o seu horário de funcionamento, e presença de médicos assistentes e equipe completa de pessoal, de acordo com a Lei nº 10.216/2001, as presentes normas e o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil”.

Em comunidades terapêuticas não médicas, não devem ocorrer prescrições médicas, sendo terminantemente vedadas internações involuntárias e compulsórias em função de transtorno psiquiátrico, entre os quais a dependência química, ou de patologias que requeiram atenção médica presencial e constante (artigo 29, parágrafo 1º).

Já as comunidades caracterizadas como instituições médicas estão instadas a oferecer o mesmo conjunto de condições requeridas de estabelecimentos de hospitalização, em termos de estrutura e da presença de profissionais da medicina em regime de plantão – o que não se verificou em nenhuma das instituições visitadas. A identificação do uso frequente de medicamentos, muitos deles controlados, também motiva preocupação acerca da correta caracterização dessas instituições em termos médicos – debate que, sugerimos, precisa ser retomado por profissionais da área.

Do total de comunidades terapêuticas inspecionadas, dez informaram possuir em seu quadro um profissional médico. Três delas são comunidades que afirmam receber apenas internações voluntárias. Em um desses casos, porém, a presença desses profissionais não foi confirmada pelos internos:



Cumpre também fazer o registro de que, apesar de a direção informar que há um médico e um psiquiatra que atendem na CT, os internos afirmaram, em vários relatos, que jamais foram atendidos por médicos. (MG 04 – Maanaim – Itamonte)

Tomando em conta as 17 comunidades terapêuticas que recebem internações compulsórias ou involuntárias – e que portanto precisariam ter médicos contratados segundo os requisitos do CFM –, dez não informaram a disponibilidade de médico contratado. Das sete que afirmaram contar com tais profissionais na equipe técnica, nenhuma relatou ter plantão médico presencial em todo o horário de funcionamento, em evidente desacordo com a norma. Houve casos de comparecimento semanal e até mesmo mensal, conforme os relatos a seguir.

“

Segundo informações prestadas pela administração, o médico comparecia à comunidade terapêutica uma vez por semana, sendo garantido aos usuários ao menos um atendimento por mês. O médico ficava na instituição por volta de três a quatro horas, período em que atendia em torno de 15 pessoas. Ainda de acordo com a administração, as prescrições de medicamentos eram feitas pelo médico, enquanto a distribuição aos pacientes ficava a cargo do enfermeiro; na ausência dele, a equipe técnica assumia a responsabilidade. Segundo relatos dos internos, o médico da clínica limitava-se a perguntar se dormiam, e, em caso negativo, receitava medicamento para tal finalidade. Relataram que o médico comparecia na clínica uma vez ao mês, por duas horas, atendendo apenas os casos recém-chegados à unidade. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

“

Tão logo chega à comunidade terapêutica, a pessoa é medicada, sem ter sido consultada pelo médico, que só comparece à unidade uma vez por mês. Assim, houve relatos de internos, inclusive adolescentes, que passaram quase 30 dias tomando medicamentos (tais como neozine, ampicilil, carbamazepina e diazepam) que os deixavam adormecidos até serem atendidos pela primeira vez pelo médico. (SP 02 – Recanto Vida Nova – Mairinque)

“

Houve certa divergência quanto à presença e frequência do médico psiquiatra na comunidade terapêutica. Segundo a direção, o psiquiatra é terceirizado e a CT leva os “residentes” para serem atendidos no consultório particular do profissional, que fica no município de Paulista. Ainda segundo a Direção, o psiquiatra está prestes a se aposentar e, quando isso acontecer, ele passará a atender na própria comunidade. Já os “residentes” verbalizaram que quase nunca são avaliados pelo psiquiatra. (PE 01 – Novo Tempo – Igarassu)

“

Foi indicado pela direção que havia 13 funcionários na clínica: dez contratados, dois prestadores de serviço e um voluntário. O quadro de funcionários é composto por: dois médicos (um psiquiatra e um clínico); um enfermeiro; três técnicos de enfermagem; e um psicólogo. [...] Os médicos não têm frequência diária na CT. No momento da visita de inspeção, havia apenas uma enfermeira, monitores e conselheiros, além do administrador que também é psicólogo. (PB 02 – Clínica Ama – Conde)

“

Quanto aos demais profissionais, foi relatada a presença de médico que comparece à instituição uma vez por semana, mas não foi encontrada documentação que comprove sua vinculação profissional. Não há registros nos prontuários de acompanhamento periódico do profissional, somente atendimentos pontuais. Também foram encontrados prontuários sem as devidas evoluções e com a reprodução da receita médica sem assinatura e carimbo profissional. (MT 02 – Solares – Chapada dos Guimarães)

Todas e cada uma dessas situações deixam evidente, portanto, que as comunidades terapêuticas de natureza médica não apresentam as condições que seriam obrigadas a fornecer, de acordo com a legislação vigente.

4.4.4 Administração irregular de medicações

De acordo com a Resolução RDC nº 29/2011 da Anvisa, cabe ao responsável técnico da instituição, que deve ser profissional de nível superior legalmente habilitado, a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica (RDC nº 29/2011, art.17). Durante as inspeções, foram encontradas situações de armazenamento precário de medicamentos, estoque sem prescrição médica, receitas e medicamentos vencidos, o que, por si, também se caracteriza como infração de norma sanitária. Além disso, ficou evidente a responsabilização de monitores e obreiros – alguns deles internos mais antigos ou ex-internos – pelo cuidado com os medicamentos, situação ratificada pelos relatos reproduzidos a seguir:

“

Os medicamentos ficam em um armário fechado com grade e cadeado, sob responsabilidade do monitor. Existem caixas com nomes dos pacientes e seus respectivos medicamentos e receitas. Porém, encontramos muitas receitas vencidas e medicamentos sem que houvesse receita. A articulação com a Equipe de Saúde da Família é precária e com os serviços de média complexidade como Caps de Montes Claros, inexistente. (MG 02 – CT Esquadrão da Vida – Francisco Sá)

“

Os medicamentos ficam armazenados separadamente em vasilhas de plástico ou em sacolas plásticas, identificadas com os nomes das usuárias, e sobre as respectivas receitas médicas. Foram encontrados alguns medicamentos vencidos. Não existe uma sala de medicação e os medicamentos ficam no quarto da coordenação. (MG 03 – Fazenda Vitória – Lagoa Santa)

“

A comunidade terapêutica apenas garantiria a medicação daqueles internos que já fazem uso de medicamentos prescritos pelos médicos. Nesse sentido, na sala da psicóloga,

dentro de um armário, fica a medicação daqueles internos que fazem uso. A medicação é distribuída pelo pastor (diretor) ou pelos monitores. Eles fazem o controle das entregas em um caderno que fica dentro da sala. No momento, apenas três internos estariam fazendo uso de medicação. No entanto, chamou atenção que há receitas com prescrição de seis meses de remédios controlados. Também há relatos que o controle sobre tais medicamentos seria “falho” e que haveria casos de “comercialização” dos medicamentos dentro da CT. (MG 08 – Casa de Resgate Emanuel – Bandeira do Sul)

“

Os medicamentos prescritos são armazenados e dispensados pela direção, pelo coordenador, pelo terapeuta ou pelos monitores (também internos, sendo um deles, adolescente), antes do café da manhã e após o jantar. Não existem profissionais enfermeiros ou farmacêuticos destinados a cuidar da posologia da medicação prescrita. (SP 02 – Recanto Vida Nova – Mairinque)

No caso a seguir, a própria interna guardava a medicação e a administrava sem atenção a qualquer prescrição.

“

A diretora destacou que atualmente possui dois internos com medicação controlada: um toma fenobarbital, por causa de convulsões, e outro tem diagnóstico de esquizofrenia e a família não tem interesse de cuidar dele. Os internos, na entrevista inicial, também afirmaram que a missionária é quem distribui a medicação.

Contudo, observamos medicações nos quartos dos internos. Uma das internas guardava sua própria medicação e revelou que a tomava sempre que sentia necessidade, ou seja, não cumprindo a indicação médica. Quanto aos medicamentos injetáveis, uma das internas afirmou ser enfermeira, com registro no Conselho Regional de Enfermagem, e que às vezes, quando necessário, faz o procedimento de ministração do medicamento. Em seguida, disse reconhecer que essa não era atribuição sua na comunidade. (RN 02 – Dorcas – São José de Mipibu)

Neste tópico, tratou-se de forma geral sobre medicações, sobretudo daquelas administradas por via oral. Medicações injetáveis e aquelas empregadas para contenção química, inclusive em situações de resgate, serão tratadas em item específico sobre contenção.

4.4.5 Indícios de violações éticas no trabalho de psicólogas e psicólogos

Há profissionais da psicologia em 22 das 28 comunidades terapêuticas inspecionadas, tanto contratados como voluntários.

Em relação ao trabalho de psicólogas e psicólogos, a regulamentação profissional, por meio de Código de Ética, estabelece parâmetros de condições de trabalho para a prestação de serviços psicológicos de qualidade. Veda aos profissionais da área convivência com atos de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão; bem como a indução de convicções (políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou que gerem qualquer tipo de preconceito), quando do exercício de suas funções. Cabe aos profissionais dessa área identificar indícios desse tipo de violação, de forma a construir alternativas e soluções.

“

Na equipe profissional, contam com uma psicóloga e uma assistente social, com vínculo de prestadoras de serviço, recebendo por recibo de pagamento autônomo (RPA) e presentes no estabelecimento por dois dias da semana. Na ocasião da visita, encontrava-se trabalhando somente a psicóloga. A profissional entrevistada não informou formação especializada, para lidar com dependentes químicos, parecendo, portanto, que sua atividade está prioritariamente ligada ao favorecimento da adesão dos internos aos princípios de tratamento ali estabelecidos. (RJ 02 – Ebenézer – Seropédica)

“

Evidente é a impossibilidade de se dar a mesma importância às religiões e suas práticas, o que se denota, especialmente, pela inserção de comportamentos institucionais em que prevalecem as orientações bíblicas. É importante ainda ressaltar que foi verificado em prontuários que havia atividades do método dos 12 passos como sendo desenvolvida pelo profissional de psicologia e assinada por ele. (PB 02 – AMA – Conde)

Foi encontrado indício de exercício ilegal da profissão por uma estudante de psicologia sem contrato formal de estágio, que realiza atendimentos em grupo e individuais em uma comunidade terapêutica de Minas Gerais.

“

De acordo com o programa terapêutico, a instituição “preconiza os valores morais e espirituais, dentro de uma filosofia de tratamento que direciona o dependente químico à reabilitação social, familiar, profissional e cultural”. Entretanto, não foram observadas, nem relatadas em entrevistas, estratégias de tratamento com tais finalidades. Nesse sentido, não é previsto no cronograma a “psicoterapia de grupo”, descrita no programa terapêutico da instituição. Os atendimentos em grupo e individuais são realizados por uma estudante de psicologia (10º período UFSJ), sem contrato formal de estágio, podendo responder pelo exercício ilegal da profissão de psicóloga. (MG 07 – Renascer – São João del Rei)

Em casos nos quais havia salas para atendimento de psicólogos, as condições de isolamento, privacidade e possibilidade de sigilo foram questionadas pelas equipes de inspeção:

“

Lá encontramos os consultórios de psicologia e enfermagem, um ao lado do outro, com identificação nas portas, mas sem condições de uso que leve em consideração o sigilo profissional. A sala de atendimento psicológico não tem chave e a única janela dá para o corredor. [...] Em todos os consultórios, inclusive o de psicologia, foram encontradas macas e bíblias. (MG 04 – Maanaim/Casarão – Itamonte)

Por fim, nas diversas situações de psicólogas e psicólogos atuando como voluntários, já descritas ao longo deste relatório, fica patente a fragilidade do argumento de que comunidades terapêuticas vêm oferecendo oportunidades de trabalho na área e demonstrada a precariedade desses postos, a tendência ao subemprego e a falta de atenção às normas da profissão.

4.5 Cotidiano e Práticas de Uso de Força

4.5.1 Cotidiano: rotina rígida

As CTs vistoriadas seguem uma rotina rígida, que não leva em conta características, necessidades ou percursos individuais, sendo mais uma demonstração da incapacidade desses espaços de produzir projetos singulares de cuidado. A análise das rotinas reforça a informação de que a denominada laborterapia se restringe a práticas de limpeza e manutenção dos locais de internação, entre outras atividades. Evidencia, ainda, práticas religiosas frequentes e, em geral, de participação obrigatória. Também aponta vínculos entre as raras atividades de lazer e o proselitismo, quando os programas autorizados são de cunho religioso – mais uma vez, portanto, desrespeitando as liberdades religiosas dos internos.

“

Sobre o cotidiano da instituição, segundo os internos entrevistados, eles acordam às 6h todos os dias, às 6h20 rezam o terço. Às 7h, tem a liturgia. Às 18h da noite, rezam novamente. Nas quartas-feiras, acontecem as missas, na capela da própria. As celebrações são abertas ao público, porém, as pessoas internas não se misturam com as que vêm de fora, ficam em espaços específicos separados dos demais. (PB 01 – Fazenda do Sol – Campina Grande)

Atividades de lazer são, aliás, pouco presentes nas rotinas. Curiosamente, nesses casos, as punições para descumprimento de regras acabam passando pela suspensão das poucas atividades na área.

“ Em casos de descumprimento da rotina ou da disciplina, foi relatado que é feita a “suspensão” do lazer. Como atividades de lazer foram apresentadas partidas de futebol, exibição de filmes bíblicos e momentos para leitura de livros e textos bíblicos. Cada situação é avaliada pelo obreiro [...], sendo que apenas ele pode aplicar a suspensão pela falta da disciplina. Nas demais entrevistas realizadas com os internos, houve a certificação do uso desse procedimento, à exceção de uma entrevista em que foi relatado o aumento da laborterapia como castigo. Todos os entrevistados relatam que sabem e concordam com a “disciplina” do centro, no caso de suspensão para assistir a um filme ou jogar futebol nos momentos em que isso é autorizado. (MG 05 – Peniel – Brumadinho)

“ Após o intervalo para o lanche da tarde, de 16h a 16h30, eles têm mais meia hora de “estudo” ou “oração” ou “lazer” (na quinta-feira e sábado) e no domingo “visita ou filme”. Para as atividades de lazer, a comunidade terapêutica dispõe de uma sala de jogos e uma academia em péssimas condições. “Filme”, conforme os entrevistados relataram, seriam apenas os “DVDs de pregação”. A CT também dispõe de um campo de futebol e o riacho, onde os internos são batizados, e podem banhar-se. (MG 07 – Renascer – São João del Rei)

“ De acordo com os relatos, a rotina da unidade consiste em disponibilizar momentos de reuniões ecumênicas, terapia de grupo, encontros individuais com a psicóloga, realização de trabalho por um período de duas horas e meia diárias. Observou-se, no entanto, que muitos trabalhavam além desse horário. No período da tarde são “ofertados momentos de lazer”. Os internos têm a possibilidade de assistir TV, mas somente os telejornais. À noite, é realizada uma nova reunião (lê-se momento religioso). Aos finais de semana, a TV tem programação liberada e eles podem usar a piscina. Dentre as atividades de lazer citadas, estão incluídos o futebol e o pingue-pongue. (GO 01 – Salve a Si – Cidade Ocidental)

“ Houve divergência em relação à rotina explicada oficialmente pelo diretor e por agentes da instituição e aquela relatada pelos internos. Segundo as pessoas em tratamento, que informaram mais tempo de atividade laboral em detrimento dos grupos terapêuticos, e tempo reduzido das atividades de lazer. (RO 02 – Porto da Esperança – Candeias do Jamari)

4.5.2 Sanções e indícios de tortura

Ainda que não caiba neste item específico uma análise pormenorizada sobre as metodologias aplicadas em cada comunidade terapêutica (para isso, ver “Perfil

geral das propostas de tratamento”), lembramos que é objetivo deste relatório identificar situações e práticas abusivas e de violação de direitos. Neste tópico, será explorado o uso de sanções dentro das CTs. Utilizada sob suposto propósito pedagógico ou terapêutico (o que é discutível, como será visto), tal prática se traduz em atos de violência ou de reafirmação de autoridade e poder, que pouco ou nada trazem de benefício para as pessoas internadas, além de indicar crimes de tortura e maus-tratos.

Importante destacar que o Brasil é signatário da Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, promulgada em 1991 e ratificada em 2007.

Já o Código Penal brasileiro define ainda maus-tratos como “expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina” (art. 136). Por sua vez, o crime de tortura também é definido na Lei nº 9.455, de 7 de abril de 1997, da seguinte forma:

Art. 1º Constitui crime de tortura:

I – constranger alguém com emprego de violência ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental:

a) com o fim de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa;

b) para provocar ação ou omissão de natureza criminosa;

c) em razão de discriminação racial ou religiosa;

II – submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de violência ou grave ameaça, a intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.

Cabe ainda mencionar a experiência do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), estabelecido pela Lei nº 12.847, de 2 de agosto de 2013, e parte integrante da Inspeção Nacional, inclusive de sua coordenação. O Mecanismo adota, além dos conceitos já mencionados, a perspectiva ampliada na definição de tortura prevista no art. 29 da Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, a fim de contemplar a vulnerabilidade peculiar das pessoas nessas instituições. Objetivamente, considera-se tortura ações ou omissões de funcionários públicos ou de pessoas em exercício de funções públicas que, mesmo não causando sofrimento físico ou mental, sejam compreendidas como: (i) métodos tendentes a anular a personalidade da vítima, e (ii) métodos tendentes a diminuir capacidade física ou mental.

Ao longo das inspeções nas comunidades terapêuticas, foi possível identificar várias práticas abusivas, como a contenção mecânica ou química de internos. Embora possuam regras bastante estritas de aplicação em situações muito específicas de atendimento à saúde (ver os itens específicos), a Inspeção Nacional verificou que tais práticas têm sido utilizadas sistematicamente em desacordo com os normativos vigentes. Ao não cumprir com os requisitos regulamentares (ver o item “4.5.4 Contenção de Pessoas”), esses mecanismos podem configurar crime de tortura e maus-tratos. Outras estratégias usadas para sanção nas CTs também podem ser entendidas dessa maneira, como isolamento por longos períodos, privação de sono (ver item “d. Punição por agressão física”) e supressão de alimentação (ver item “b. Punição via restrições”).

Em 16 dos locais inspecionados – mais da metade, portanto – foram identificadas situações de sanções e punições, com práticas que variam entre a obrigatoriedade da execução de tarefas repetitivas, o aumento da laborterapia, a perda de refeições e o uso de violência física. Nos casos mais graves, são perceptíveis relatos que denotam casos de arbítrio por parte da equipe da CT, ao fazer uso de sanções para impor poder sobre as pessoas privadas de liberdade. Assim, há fortes indícios de desrespeitos aos direitos individuais e de práticas que podem ser entendidas como tortura.

Os problemas são agravados quando as regras de convivência da comunidade terapêutica não são clara e previamente estabelecidas junto às pessoas privadas de liberdade, bem como nos casos de sanções desproporcionais, o que pode desdobrar-se em práticas de violências físicas ou psicológicas. Note-se ainda que as sanções podem ocorrer inclusive por motivos banais. Em várias ocasiões, foi mencionado como motivo para punição o desejo de não participar de culto ou evento de cunho religioso, o que reforça a centralidade da religião no cotidiano da CT.

Houve relato da existência de regras de convivência em 22 das comunidades terapêuticas visitadas. Porém, nem sempre as regras eram explícitas e, da mesma forma, nem sempre as sanções estavam apresentadas. Além disso, houve várias instâncias em que as pessoas internadas não tinham completo conhecimento das regras.

A seguir, buscamos sintetizar as punições encontradas, organizando-as segundo diferentes perfis, entre os quais figuram punições por meio do trabalho; via restrições; via isolamento ou confinamento; e via agressão física.

a. Punições por meio do trabalho

As sanções mais comuns encontradas nas vistorias foram aquelas de incremento do trabalho ou de realização de tarefas extras e aviltantes. As primeiras se

referem ao aumento de tarefas ligadas à manutenção do espaço físico ou de tarefas cotidianas. O segundo tipo frequente de sanção trata-se do cumprimento obrigatório de tarefas repetitivas, em especial a prática de cópia de trechos bíblicos, conforme os relatos a seguir:

“

As sanções mais comuns são lavar pratos ou arear panelas durante uma semana, demonstrando uma forte clivagem de gênero. Outra sanção bastante comum é obrigar as mulheres a copiar, muitas vezes, o salmo 119 da Bíblia. Ao questionarmos o porquê deste salmo específico, a resposta que a psicóloga e a responsável pela CT deram foi que o Salmo 119 era o maior da Bíblia e, portanto, dava mais trabalho. Elas, inclusive, admitiram que, enquanto internas, já tinham copiado muito este salmo. Uma delas até brincou, dizendo que tinha trauma, pois uma vez sua mão ficou doendo de tanto escrever. Esse ponto demonstra como elas apenas reproduzem o tratamento que receberam enquanto internas sem qualquer reflexão sobre a questão. (MG 03 – Fazenda Vitória – Lagoa Santa)

“

Apesar de a instituição relatar que não há previsão de punições, os denominados “momentos de crescimento” ou “turnos” são nítidas formas de punição por descumprimento de normas ou insubordinação. Nesses momentos, o acolhido fica responsável por uma maior quantidade de trabalho, podendo ser designado para realizar sozinho toda faxina da casa ou lavar toda a louça por um período. Para o caso de infrações mais graves, aplica-se o chamado “declassamento”, nessa punição o acolhido regride de classe podendo ser designado a serviços mais desgastantes, ter que realizar suas refeições por último, etc. Em último caso, a punição pode ser a expulsão da comunidade. (RO 02 – Porto da Esperança – Candeias do Jamari)

“

Na unidade dos homens (Bananeiras), foi relatado por diversos internos que, no espaço denominado Casarão, a disciplina é mais rígida, sendo aplicadas penas como lavar panelas e retirar o colchão do interno que, por exemplo, se recusa a participar de cultos. (MG 04 – Maanaim – Itamonte)

O uso do trabalho como punição demonstra mais uma vez a maneira distorcida com que o termo laborterapia é empregado. Em situações de punições, o que se chamou de “aumento da laborterapia” se refere, literalmente, ao aumento da carga de trabalho.

Demonstra-se aqui, uma vez mais, que os direitos de pessoas com transtornos mentais a serem protegidas de abuso e exploração (Lei nº 10.216/2001, parágrafo único, inciso III) são visivelmente violados por práticas naturalizadas no interior de comunidades terapêuticas.

b. Punições via restrições

Há ainda práticas de sanção que envolvem restrições, e que demonstram a permanência de uma lógica baseada na disciplina e não na atenção à saúde.

“ No Casarão, um paciente psiquiátrico, de 62 anos, confirmou já ter sido punido com a retirada do colchão – o que o obrigava ficar deitado na cama de alvenaria – pelo fato de nem sempre conseguir participar dos cultos porque sentia muito sono, devido ao uso dos medicamentos. [...]

Na unidade dos adolescentes e Casa Feminina, apurou-se a prática do recolhimento no quarto. Dependendo do grau da infração disciplinar, o adolescente, ou a moça interna, permanece dentro do quarto por uma semana, apenas em companhia da Bíblia. Não fica em isolamento completo porque o quarto é coletivo e hospeda, em geral, outros(as) colegas, que permanecem usando o quarto normalmente. Consta nas regras escritas o isolamento/recolhimento no quarto aos finais de semana. (MG 04 – Maanaim – Itamonte)

“ Outro dever dos internos são os trabalhos laborais e os horários, bem como a abstinência total, inclusive, do uso do tabaco. O descumprimento das obrigações e deveres determina o chamado disciplinamento que consiste na retirada de algo que o transgressor gosta, como participar de um jogo ou assistir a um filme. Isso será avaliado pelo diretor e, no caso de reincidências, pode determinar a expulsão da CT. (RN 01 – Cerena – Nísia Floresta)

“ A rotina da unidade, incluindo intercorrências, punições e quebras de regimento, é registrada em livro de ocorrência pelos técnicos e monitores. As sanções são aplicadas no ato do descumprimento das regras. Entre as punições estão lavar louça e não assistir televisão. (PA 01 – Embrião – Castanhal)

Outra forma de punição encontrada foi a supressão de refeições. Em um contexto em que as refeições já são em pouca quantidade e de qualidade duvidosa – conforme identificado nas histórias –, a limitação de alimentação é medida ainda mais grave.

“ A diretora esclareceu que, se um interno não segue as regras impostas, ele irá sofrer alguma penalidade, dependendo do caso, do comportamento do interno e da avaliação dela. A missionária e os internos negam isolamento. Afirmam, no entanto, que além do desligamento, nos casos mais graves, podem ficar sem se alimentar. Ou seja, como forma de punição e método de aprendizagem, eles podem ter uma refeição confiscada ou até ficar um dia sem comer. Essa punição pode, inclusive, ser empregada em gestantes e pessoas com diabetes.

Um dos internos comentou com a equipe que as refeições oferecidas são insuficientes. Segundo ele, o almoço seria a única que realmente saciaria o apetite, sendo as outras refeições somente cuscuz ou sopa, o que torna a “medida disciplinar” ainda mais grave. (RN 02 – Dorcas – S. José Mibipu)

Durante a visita a essa mesma comunidade terapêutica, um interno se aproximou da equipe de inspeção informando que vinha sendo alvo de abusos em razão de não poder praticar esforço físico, tendo mostrado uma hérnia e laudo médico. O monitor, que acompanhava a interação, imediatamente comunicou ao interno seu desligamento do local.

Constam, entre os direitos das pessoas com transtorno mental, o tratamento com humanidade, respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde (Lei nº 10.216/2001, parágrafo único, inciso II), evidentemente aviltados nas situações descritas.

c. Punição por isolamento ou confinamento

Em dez comunidades terapêuticas, foi relatado o uso de isolamento físico ou confinamento dentro da própria instituição como forma de “tratamento” ou punição por desvio de comportamento. Ou seja, não apenas a pessoa fica afastada de sua comunidade e família, como permanece “presa” em quartos ou cubículos dentro da própria CT, separada dos outros internos. Quatro CTs informaram possuir quartos específicos para o isolamento – em geral um quarto sem móveis ou estrutura sanitária, onde o interno dorme no chão. Não há relatos sobre protocolo no uso do isolamento, que pode ser utilizado inclusive como forma de punição.

“

Ainda deste lado, encontra-se uma casa para isolamento, denominada pelos internos como “vigiada”, para a qual são levados e não podem sair, sendo referida como castigo.

[...] Os internos, independentemente do diagnóstico, parecem estar sujeitos a sanções nos casos de desobediência às ordens dos “monitores”, queixas contra normas, tentativas de manter contatos externos, agressividade, etc. Nesses casos, podem ser contidos fisicamente pelos “seguranças”, receber contenção química através de injeções, ter confiscado o aparelho celular e ser limitados numa área denominada “vigiada”. Também foi relatado, por dois internos, que os “monitores/seguranças” são omissos na contenção de algumas brigas entre os internos. (RJ 01 – Crisameta – Nova Iguaçu)

“

Observamos um quarto com janela e porta gradeados, em significativo contraste com os demais, não gradeados. Perguntado sobre o motivo das grades, informou tratar-se de

um quarto destinado aos internos que possuem esquizofrenia ou que apresentam resistência ao tratamento e tentam fugir. (PB 02 – AMA – Conde)

d. Punição por agressão física

O emprego da violência física foi relatado sobretudo em casos de tentativas de fugas, sendo praticado, por exemplo, por meio de socos nos olhos e daquilo que os internos denominam “mata-leão”.

“ Não foi constatada a presença de arma, spray de pimenta ou outro meio semelhante. Entretanto existem seguranças em locais estratégicos e foi afirmado que, com frequência, aplicam à força golpes conhecidos como “mata-leão”, para contenção de internos ou encaminhamento a castigos. Algumas brigas entre internos não são apartadas pelos seguranças, o que pode ocasionar ferimentos mais sérios. Essa atitude por parte da segurança é vista como uma forma de punição aos internos. (RJ 01 – Crisameta – Nova Iguaçu)

“ Além disso, outra forma de punição relatada como corriqueira foi a violência física, comum em casos de tentativas de fugas, sendo frequentes socos nos olhos, desmaio e “mata-leão”. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

“ Em caso de descumprimento das atividades ou tentativa de sair da instituição, são aplicadas sanções disciplinares denominadas pelos terapeutas como “medidas educativas”. Foi relatado pelos internos que os terapeutas utilizam violência física para aplicação de “medidas educativas” (sic), além de verbalizarem que havia porretes na instituição. A equipe de inspeção não conseguiu localizar esses instrumentos ou qualquer outra ferramenta para contenção ou agressão. (MT 02 – Solares – Chapada dos Guimarães)

Nos casos a seguir, estão reunidas práticas de violência física, castigos e contenção química.

“ Quando a equipe de inspeção chegou à instituição, pela manhã, havia um interno de castigo em um banco próximo à piscina, sendo monitorado por outro interno. O interno de castigo apresentava efeitos de uso abusivo de medicação psiquiátrica, sonolência excessiva, diminuição na atenção e concentração, ressecamento da boca e garganta, diminuição da coordenação muscular, náuseas e respiração curta/reprimida. Isso foi informado à instituição e à equipe de enfermagem, mas não foi realizado nenhum tipo de intervenção. No retorno da inspeção após o almoço, os internos relataram que o quadro dele havia piorado e tiveram

que levá-lo ao hospital. Questionados, os terapeutas disseram que o interno estava descansando em seu quarto, mas ao perguntar sobre seu prontuário a equipe da instituição disse que “teve uma emergência e levaram ele para o hospital”.

[...] As normas da CT devem ser seguidas por todos e, em caso de não cumprimento, os internos são punidos. Foi relatado pelos internos que geralmente o castigo consiste em ficar sentado em um banquinho de três a 15 dias ininterruptos (levantando para suas necessidades fisiológicas quando autorizado), além de muitas vezes serem levados para o escritório e “levarem porradas” (sic). Em algumas situações, são contidos com cordas (contenção mecânica) pelos terapeutas por três dias consecutivos. Um dos usuários relatou que a unidade possui porrete para castigo, mas a equipe de inspeção não localizou. Também foi informado que é comum a prática de contenção química, quando os internos chegam à instituição e/ou brigam entre si e desobedecem aos monitores e aos terapeutas.

[...] Como castigo, as pessoas que tentam fugir são obrigadas a ficar no “banquinho” por 12 horas diárias. Esse banquinho se localiza nos locais onde ficam plantonistas, que fazem a segurança das pessoas internadas. No dia anterior à inspeção, uma pessoa tentou fugir, mas, imediatamente, foi obstruída na sua tentativa. Segundo relatos, essa pessoa apanhou e foi medicada. (MT 02 – Solares – Chapada dos Guimarães)

“

Também houve relatos de que uma das formas de sanção seria a privação do sono. Após constatada transgressão e administrado o “danoninho”, o interno era obrigado a ficar sentado em uma cadeira sob constante vigilância de um monitor, que o acordava sempre que estivesse prestes a adormecer. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

Essas sanções ferem flagrantemente o art. 2º, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 10.216/2001, segundo a qual a pessoa com transtorno psíquico deve ser respeitada e tratada com humanidade no interesse único e exclusivo de beneficiar a sua saúde. Tal prática afronta, ainda, o art. 20, inciso IV, da Resolução RDC nº 29/2011 da Anvisa, que proíbe a aplicação de castigos físicos, psicológicos ou morais a internos em instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Outros relatos de contenção química, inclusive como sanção, serão apresentados no item “4.5.4 Contenção de pessoas”.

4.5.3 Resgate

Nove das comunidades terapêuticas inspecionadas admitem a prática do “resgate” ou “remoção”, que consiste no internamento forçado por meio de

uma equipe que vai à residência da pessoa e a imobiliza, fazendo uso tanto de violência física quanto de contenção química. O “resgate” pode ser contratado junto à CT como um serviço extra, por um familiar da pessoa a ser internada.

Sete das CTs informaram que o resgate era feito por uma equipe interna, em geral composta por seguranças, monitores e/ou internos “de confiança”. Houve ainda casos em que seriam empresas terceirizadas (como a JTM Remoções, mencionada na PB 02 – Clínica Ama – Conde) que realizam o “serviço”. Na comunidade terapêutica Recomeço, de Cuiabá, o diretor informou que o resgate era feito por empresa terceirizada, mas a inspeção colheu a informação de que um membro da equipe seria “técnico em resgate”. Relatos incluem violência física, contenção mecânica e química durante o “resgate”.

“ Segundo os internos trazidos dessa forma, são os “seguranças” que fazem o serviço, em geral a pedido da família. São contidos fisicamente e depois quimicamente através de injeções. Um interno, de 27 anos, afirmou que teve suas mãos amarradas pelos seguranças que foram à sua casa, chamados por sua mãe e se apresentaram como policiais. Amarraram suas mãos. (RJ 01 – Crisameta – Nova Iguaçu)

“ A forma com que acontece o resgate é sempre realizada de maneira muito violenta. Segundo consta, várias pessoas apanharam com porrete no momento do resgate e foram exageradamente medicadas, além de serem conduzidas amarradas até a instituição. Um interno relatou que seu resgate se deu enquanto dormia e foi abordado com vários chutes em sua costela. Não há protocolos internos para tal procedimento. Segundo relatos da equipe da instituição e dos internos, o valor médio cobrado para realização desse procedimento, na região da baixada cuiabana, é de R\$ 700,00. O preço aumenta se o resgate for realizado em municípios do interior. Foi relatado pelos internos e pela equipe da instituição a ocorrência de um óbito, no dia anterior ao da inspeção, de um “resgatado” de Tangará da Serra, no qual aplicaram injeção sem acompanhamento médico. (MT 02 – Solares – Chapada dos Guimarães)

“ Muitos internos reclamaram do modo como foram conduzidos para a CT. Segundo eles, quase todos sofreram o procedimento denominado corriqueiramente de “remoção” ou “resgate”, que é a condução coercitiva para o tratamento. De acordo com o que nos foi relatado, o paciente que não aceita a internação é imobilizado por três ou mais pessoas, normalmente recebendo um estrangulamento no pescoço (o chamado “gogó” ou “mata-leão”). Um dos internos relatou que veio com as mãos amarradas por fitas e, como se revoltou com a situação, foi medicado à força e “apagou”. Não há nenhum acompanhamento de médico ou enfermeiro nas ações. [...] “O resgate virou disque pizza. É só ligar que vão.

Chegam à casa da pessoa, às vezes de madrugada, quando eles estão dormindo, dão um ‘mata-leão’, e trazem à força para o carro em três pessoas”. Chegando à comunidade ficam três dias na triagem só na medicação, ministrada sem a orientação médica, já que não necessariamente terá um médico de plantão. Os medicamentos convencionalmente utilizados são: amplictil, diazepam, clonazepam, etc. que, embora controlados, são usados sem acompanhamento médico. (SP 02 – Recanto Vida Nova – Mairinque)

Nenhuma das CTs apresentou protocolo de resgate. Cada equipe age a partir da sua discricionariedade. Um dos enfermeiros, que faz parte da equipe de resgate, disse que sua função específica era ministrar o coquetel de remédios para realizar a contenção química (para a qual também não foi apresentado protocolo por nenhuma CT, como descrito no tópico “Contenção de pessoas”).

“

O enfermeiro da unidade informou que já havia participado de resgates, combinados com as famílias, e que iam dois seguranças junto. Relatou o uso da imobilização e de medicação, afirmando que haveria receita médica, embora a pessoa a ser internada não tivesse sido avaliada pelo médico. Alguns internos relataram terem adormecido durante o resgate e acordado já na clínica, sem saber onde estavam. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

Finalmente, cabe observar que, ao não respeitar os requisitos legais para a internação involuntária (laudo médico fruto de avaliação prévia), as situações de resgate identificadas na inspeção também apresentam indicativo de ilegalidade que poderia inclusive configurar crime de sequestro e cárcere privado qualificado, conforme o artigo 148 do Código Penal.¹⁶ Há ainda indícios de maus-tratos e tortura, nos casos de contenção mecânica ou química, como mencionado no item “4.5.2 Sanções e indícios de tortura”.

4.5.4 Contenção de pessoas

Apesar de 12 CTs admitirem realizar alguma forma de contenção, nenhuma informou possuir protocolos para realizar o procedimento, tanto de contenção física quanto mecânica ou química. Do ponto de vista médico, existem circunstâncias que justificam o uso da contenção. Porém, há regras para garantir que essa ação seja um último recurso, e que não ocorra de forma excessivamente violenta ou abusiva,

16 Conforme o Código Penal, art. 148 - Privar alguém de sua liberdade, mediante sequestro ou cárcere privado: [\(Vide Lei nº 10.446/2002\)](#). II - se o crime é praticado mediante internação da vítima em casa de saúde ou hospital; III - se a privação da liberdade dura mais de quinze dias. IV - se o crime é praticado contra menor de 18 (dezoito) anos [\(Incluído pela Lei nº 11.106/2005\)](#).

de modo a se configurar prática de maus-tratos e/ou tortura. Daí o questionamento diante da falta de protocolos pelas comunidades terapêuticas. Fica evidente que, apesar de as CTs declararem não prover atendimento de natureza clínica ou médica, verificam-se inúmeras instâncias nas quais práticas médicas são adotadas, sem que o aparato de regulação para a área seja levado em conta.

Em alguns dos locais visitados, as pessoas internadas informaram que, no período inicial de internação, passaram dias “dopadas”, em muitos casos dormindo por longos períodos – em situações que indicam ocorrência de uso de medicamentos com o intuito de promover contenção química. Os dirigentes das CTs declararam que a contenção era empregada “quando necessário”, como em casos de surto, crises de abstinência, mas também como forma de punição, em geral, por conduta violenta, ou por tentativa de fuga, em mais um indicativo de arbítrio por parte das equipes internas.

O uso de formas de contenção pode ser necessário no decurso de tratamentos em saúde, mas trata-se de instrumento regulado, devendo respeitar tanto a Lei da Reforma Psiquiátrica quanto as normativas que têm como objetivo prevenir práticas de tortura – bem como normas dos conselhos profissionais, tais como o Código de Ética Médica, as Resoluções e Pareceres do Conselho Federal de Medicina e as Portarias do Ministério da Saúde¹⁷ que normatizam os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), além de normas do Conselho Federal de Enfermagem.

De acordo com todas essas regras, o uso punitivo de formas de contenção é irregular, constituindo crime de tortura e maus-tratos (mais no item “4.5.2 Sanções e indícios de tortura”).

Assim como falta respeito aos protocolos, também há despreparo técnico nos casos de contenção. Regras do Conselho Federal de Medicina separam a contenção em três categorias: “contenção física”, realizada diretamente por uma equipe de indivíduos que imobiliza a pessoa no chão, sem uso de equipamentos; “contenção mecânica”, com uso de equipamentos, como macas baixas, faixas de restrição e outros instrumentos; e a “contenção química”, utilizando um ou mais medicamentos psiquiátricos, com fim de impedir ou restringir os movimentos da pessoa. É bom lembrar que, de acordo com essas regras, o uso da contenção é um último recurso, cujo propósito deve ser sempre o terapêutico e de impedir que a pessoa machuque a si própria, a outrem, ou que provoque prejuízos materiais. Também é importante lembrar que é comum tais técnicas serem usadas de forma combinada (havendo necessidade de contenção física para realizar a mecânica ou a química, por exemplo).

17 O Conselho Regional de Medicina de São Paulo no Parecer nº 175.956/2015, menciona ainda: Resolução CFM nº 2.057/2013, Resolução CFM nº 1.952/2010, Processo Consulta nº 8.589/2010 – CFM (01/11), Parecer nº 1.317/2001–CRM/PR, Portaria nº 224/1992, Portaria MS/GM nº 336/2002, Portaria MS/GM nº 3088/2011 e Portaria MS/GM nº 121/2012.

Entretanto, o que foi verificado nas CTs visitadas é que a contenção é praticada, muitas vezes, como simples violência física. Em nenhuma delas foi identificada infraestrutura adequada para contenção mecânica (como macas baixas com faixas de contenção).

“

Foi informado por alguns internos que, em casos avaliados pela coordenação como “mau comportamento”, brigas e fuga, os funcionários vão buscar os internos onde estiverem “dando porrada na cara” (sic), “amarram seus pés e mãos por uns dez, quinze minutos ou meia hora” (sic). Relataram que essa contenção mecânica é realizada no escritório e, também, na frente de todos. (MT 01 – Recomeço – Cuiabá)

Contenção física e química são, por vezes, associadas. Essa última é, em geral, realizada por meio de medicamentos psiquiátricos, ministrados frequentemente sem prescrição médica. Foi narrado inclusive o emprego de funis improvisados para a ingestão de substâncias com esse fim.

“

Além dos castigos, pode-se identificar nos relatos dos “residentes” o uso da contenção física e medicamentosa, sendo esta última denominada por eles de “garapa”. Segundo informaram, seriam obrigados a tomar esta “medicação”. “Os remédios são machucados com um pilão e misturados com água. Com um funil eles botam na boca da gente e a gente tem que tomar”. (PE 01 – Novo Tempo – Igarassu)

É frequente o uso de eufemismos entre monitores e internos para se referir ao coquetel de medicamentos usado nessas ocasiões (que inclui haldol, neozine, diazepam e outros medicamentos psiquiátricos). Em Pernambuco, foi chamado “garapa”. Em São Paulo e no Mato Grosso, “danoninho”.

“

Segundo a direção e equipe técnica, apenas nos casos de extrema necessidade, como para separar brigas é que existe o uso de força física; todavia nos relatos das “residentes”, também quando do uso da “garapa” é empregada “força física”. “Eles usam de violência física aqui, dão uma ‘garapa’ quando alguém não obedece ou está muito nervosa. É medicamento dentro de um suco. Temos que tomar a ‘garapa’ e quem não quiser apanhar, toma logo. Para não apanhar eu tomo logo a minha. Uma vez, uma paciente não quis tomar e eles a derrubaram e a obrigaram a tomar a ‘garapa’ à força. Eles botam dentro de uma garrafa pet e empurram à força. Apertaram o pescoço da menina para ela tomar o remédio”. (PE 02 – Reviver – Paudalho)

“

Apesar de a direção da clínica e de alguns funcionários informarem que as medidas tomadas nesses casos [de tentativas de fugas ou expressão do desejo de sair a familiares] eram solicitar que lavassem a louça, retirar lazer e cigarro,

houve relatos dos internos do uso do “danoninho” como forma de sanção. Em caso de recusa à mistura via oral, seria aplicada a medicação injetável. Informaram que tal medicação deixava o corpo mole e cansado, a ponto de dormirem o dia todo, urinarem em suas camas e se machucarem, muitas vezes por quedas decorrentes do efeito de sonolência provocado pela medicação. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

“

Essas medicações psiquiátricas (haldol, quetiapina, diazepam, carbozepina, amplicitil e outros), segundo informações dos internos, são ministradas pela técnica de enfermagem ou pela enfermeira, sem prescrição médica. Os prontuários de internos que pudemos manusear não contêm indicação médica para uso das medicações citadas, mas há referências a contenções mecânicas e químicas. Portanto, houve indicações de maus-tratos, de tortura e também de contenções mecânicas e químicas, essas últimas sem protocolo médico. (MT 02 – Solares – Chapada dos Guimarães)

O uso de medicação como instrumento de controle e de punição – e não como tratamento –, remonta à essência da lógica manicomial vivenciada nos hospitais psiquiátricos. Seja no momento do “resgate”, seja quando a pessoa já está internada, o que se visa não é o uso da medicação para o atendimento de necessidades terapêuticas, mas única e exclusivamente para “ajustar” pessoas privadas de liberdade à rotina e às regras impostas pelas instituições – o que, além de configurar infração sanitária, constitui violação às legislações de proteção dessa população.

4.5.5 Segurança e Vigilância

A Inspeção Nacional buscou informações sobre excessos na segurança física das comunidades terapêuticas, na forma de porte de armas letais ou não letais e seu uso, bem como informações sobre as equipes de segurança e seu modo de operação. Nas CTs inspecionadas, não foi encontrado pessoal de segurança armado, mas a restrição à circulação das pessoas se expressou de diversas formas: cercas altas e/ou eletrificadas; câmeras de vigilância; trancamento dos internos à noite, sem dispositivo de comunicação para emergências; além da observação constante por parte da equipe.

As equipes de segurança nas CTs eram compostas por pessoal não treinado, em geral ex-internos ou internos há mais tempo na instituição, que ganharam a confiança da direção. Além de impedir a saída dos internos, os “seguranças” também observavam o cumprimento das tarefas (em geral, laborterapia) e impunham as regras da comunidade, aplicando sanções e punições (inclusive violência física). Também eram esses mesmos internos que compunham as equipes de contenção física e “resgate”.

“

A unidade possuía um grupo de internos escalado para fazer a segurança e o monitoramento de risco de fuga dos demais. Eram chamados de Grupo de Apoio ao Paciente (GAP), e escolhidos com base nos critérios de bom comportamento e estar no local há mais tempo. Eles ficavam espalhados em pontos estratégicos na chácara para garantir que nenhum interno pulasse o muro, apesar de a unidade toda ser cercada, com cerca elétrica na frente e laterais. Os GAPs não possuíam armamentos, mas podiam realizar contenção física caso alguém tentasse fugir. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

“

A clínica realiza o procedimento conhecido como “resgate” a pedido dos familiares das pessoas internadas. Esse procedimento é realizado pelos próprios internos do GAP. Os relatos apontaram para práticas extremamente graves. Os internos (que chegaram a ser nomeados como “vítimas” pelo interno responsável pelo “resgate”) eram agredidos e imobilizados com “mata-leão”, estrangulamentos, etc., sendo amarrados para, em seguida, serem colocados no carro da instituição. Os relatos denotavam uma naturalização do procedimento por aqueles que o realizam: “Não tem agressão; é só um mata-leão, segurar braços e pernas pra imobilizar a pessoa”. Por outro lado, alguns que foram “resgatados” descreveram a prática como “humilhante”. O coordenador explicou que eles fazem resgates mais simples e, para os mais difíceis (com pessoas agressivas ou em situação de rua), eles contratam os serviços de uma empresa. (SP 02 – Recanto Vida Nova – Mairinque)

É flagrante o distanciamento entre qualquer atividade terapêutica ou de cuidado à saúde das práticas e métodos adotados por essas instituições. Como foi observado, as próprias pessoas internadas são obrigadas a se tornar trabalhadores da área de segurança, exercendo vigilância sobre seus pares. Relatos de alguns internos apontaram para o constrangimento de exercer essa função de vigia com outros internos, uma vez que a sua vontade também era de fugir.

Para além de toda violência simbólica (e física, nos casos da prática inadequada de contenção), o uso de internos em atividades de segurança também é uma estratégia de maximização do lucro por parte da instituição, uma vez que, ao utilizar internos como vigilantes, torna-se dispensável a contratação de profissionais para a área.

4.5.6 Vistorias e práticas de revista

Foram relatadas vistorias aos internos no início do processo de internação, e também relatos de vistorias de pessoas já internadas, em situações de alegada suspeita da presença de objetos proibidos ou quando a coordenação ou a equipe

julgam necessário. De forma geral, nas 28 CTs inspecionadas, não foi possível encontrar sequer um protocolo institucional que regule essa prática, assim como registros em ata ou nos prontuários. Em algumas instituições, requer-se que as pessoas internadas fiquem nuas e se agachem. Nesses casos, em especial, é flagrante a caracterização de revistas íntimas com conduta vexatória, prática que fere o direito à intimidade e à privacidade.

“ São realizadas revistas nos acolhidos – ficando nus e agachando em um banheiro – e em seus pertences pessoais ao ingressarem na comunidade ou quando retornam da cidade, sendo recolhido o que não está de acordo com as normas da unidade. Também são realizadas revistas periódicas nos alojamentos e pertences dos acolhidos para verificar a posse de álcool, drogas, ou outros equipamentos não permitidos. (RO 02 – Porto da Esperança – Candeias do Jamari)

“ Foi descrito pelo monitor e negado pelos profissionais a realização de revistas nos internos. As palavras do monitor são diretas: “Colocamos todos aqui nessa sala, peladão (sic). Mandamos agachar igual no Exército”. As revistas são realizadas também nos materiais trazidos pelos internos no momento da chegada e nos materiais levados pela família durante as visitas. (MG 02 – Esquadrão da Vida – Francisco Sá)

“ Ao ser admitido, não é permitido ingressar portando celular, aparelho de som, televisores e outros, assim como utensílios que possam causar ferimentos. Portanto, todos passam por um processo de vistoria, para o qual não há protocolo. (MG 07 – Renascer – São João del Rei)

“ No momento da entrada para o tratamento, o interno passa por procedimento de revista pessoal, nos moldes das revistas vexatórias do sistema de privação de liberdade, com desnudamento e agachamento. Além disso, os pertences são cuidadosamente inspecionados. Com regularidade, os armários passam por revista e estas são realizadas pelo pastor e pelos monitores. Durante o tempo de internação, são realizadas revistas eventuais nos pertences, principalmente após visitas ou saídas do interno, quando estas ocorrem. Durante a visita familiar, as comidas são inspecionadas e, se houver alguma suspeita, o visitante também poderá ser revistado. (RN 01 – Cerena – Nísia Floresta)

“ São realizadas revistas nos internos assim que eles chegam à comunidade terapêutica e quando os monitores ou a direção entendem necessário. Também há revistas nos pertences pessoais dos internos, em caso de suspeita de porte de algum material considerado proibido pela instituição, tal como cigarro. A direção afirma que a revista pessoal é realizada nas roupas dos internos (dobras, bolsos, costuras...) e que

eles ficariam de cueca durante a revista. Porém, há relatos de internos que tiveram que ficar nus para a revista. (MG 08 – Casa de Resgate Emanuel – Bandeira do Sul)

“

Não há protocolos de revistas nos ambientes e pertences das pessoas internas, mas foi relatado que esse procedimento é realizado quando a instituição julga necessário. Também são realizadas revistas nos internos em um quarto no qual é solicitado que tirem a roupa e a revista é feita por monitores e terapeutas. (MT 02 – Solares – Chapada)

“

Antes de adentrar na comunidade, as pessoas são revistadas no escritório, devem tirar a roupa, com contato físico e agachamento. Também é retirado de seus pertences pessoais qualquer objeto proibido que esteja descrito no regimento interno. A mesma prática de revista acontece quando o interno chega à fazenda. Periodicamente os monitores revistam os objetos pessoais e armários dos internos. (PA 01 – Embrião – Castanhal)

Essas práticas indicam tendência à reprodução de métodos adotados no sistema prisional, demonstrando como as comunidades terapêuticas funcionam em lógica que se assemelha às prisões e aos locais de segregação, sem que haja, porém, mandatos ou protocolos estabelecidos para tanto.

4.5.7 Diversidade sexual

A Lei nº 10.216/2001 assegura, em seu primeiro artigo, que pessoas com transtornos mentais não devem ser discriminadas quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, entre outros.

De acordo com as informações colhidas com usuários, equipes e diretores, em ao menos 14 das 28 instituições visitadas não há respeito à diversidade de orientação sexual e identidade de gênero. Os dados coletados indicam haver desrespeito, mesmo quando, por vezes, as entrevistas com profissionais e responsáveis pelas instituições afirmam o contrário. Nessas, as expectativas, questionamentos e preocupações com a presença de homossexuais foram variadas, conforme os relatos a seguir, que indicam tendência a reprimir a expressão das sexualidades e seu tratamento como problemático. Por vezes, em geral em instituições de orientação religiosa, a identidade sexual foi associada ao “pecado”:

“

Não há impedimento, dizem que aceitam travestis, lésbicas e gays. Contudo, [entendem que a identidade sexual] com o tempo, naturalmente muda. [...] “Aqui dentro não pode fazer sexo, nem mesmo os casais, casados. Não pode ficar vestido de mulher. Tem que vestir roupa comportada, não vestir roupa curta.” (RN 02 – Dorcas – São José de Mipibu)

“

No que tange à diversidade sexual, a comunidade terapêutica está em flagrante afronta aos princípios de Yogyakarta, uma vez que não respeita a diversidade sexual de seus internos. É bastante significativo o discurso da direção e do monitor quando perguntados se lá havia respeito pela população LGBTI. Eles responderam, de uma forma geral, que “aqui a gente respeita isso, mas não pode exercer aqui dentro”. Quando perguntados se já haviam acolhido travestis ou transexuais, eles não entenderam muito bem a questão e ainda questionaram se “isso” de fato existia. Há relatos de que já haviam passado por lá gays, mas que eles inevitavelmente acabavam escondendo sua orientação sexual por receio. (MG 08 – Casa de Resgate Emanuel – Bandeira do Sul)

“

Segundo a unidade, há respeito ao público LGBTI, mas não é permitida a expressão da identidade de gênero, sendo controlados os comportamentos e características corporais. Não há distinção ou separação de pessoas LGBTI. Elas dormem nos mesmos quartos que as outras internas. Foi informado que esse público é orientado a controlar seus impulsos e a orientação sexual é vista como opção, que pode ser gerida em busca de identidade sexual feminina. (PA 02 – Fazenda Esperança – Abaetuba)

A mesma prática foi identificada na unidade voltada ao público masculino inspecionada no Pará, denominada Embrião, no município Castanhal. Ali, enfatizou-se que, na ocorrência de relações sexuais entre internos, eles seriam expulsos da comunidade.

Em Minas Gerais, foi identificado que teria havido, anteriormente, uma travesti internada em ala masculina. Sobre ela,

“

[...] houve relatos por internos do casarão de que suas roupas femininas foram proibidas e de que o pastor tentava convencê-la de que aquele comportamento era fruto de uma possessão de espírito maligno ou “pombagira”. Na percepção dos internos, ela não se adequou às regras da CT e foi transferida para a ala feminina. Na ala feminina, internas relatam que era tratada como homem. [...]. Não ficaram evidentes os motivos da internação dessa travesti e nem o motivo de sua saída da CT. (MG 04 – Maanaim – Itamonte)

Também chamou atenção da equipe de inspeção, o caso de uma mulher transexual internada em uma comunidade terapêutica voltada ao público masculino. De acordo com o relato feito pela própria interna, a mãe seria funcionária de alto escalão no Estado e a responsável por sua manutenção na unidade, a um custo mensal de R\$ 3.000,00. A interna possuiria “privilégios” dentro da instituição, como quarto exclusivo, livre acesso à unidade, idas ao salão de beleza e, segundo informado, acesso a drogas – que, inclusive, seriam negociadas com outros internos. O relato também trazia a seguinte situação:

“

Ainda segundo a paciente, no dia seguinte à visita da equipe de inspeção, o namorado, que também é usuário de drogas, faria uma entrevista para verificar se ficará internado também. A mãe dela também arcará com os custos dessa internação, sendo negociado o valor. A interna sofre muito preconceito por ser mulher trans. Além de arriscado e causar muito embaraço e fantasias entre homens que estão privados de vida sexual, enquanto internados, esse é um espaço passível para mais violência contra essa mulher, devido à falta de segurança e à insensibilidade em torno da questão de gênero. (MT 02 – Solares – Chapada dos Guimarães)

É importante refletir sobre as motivações que atravessam a manutenção dessa paciente na comunidade terapêutica. Ao que parece, trata-se – como será mais amplamente debatido adiante – do uso dessas instituições com a finalidade de manter apartados sujeitos com condutas consideradas socialmente indesejáveis.

Ainda no que se refere à abordagem sobre diversidade sexual, houve por fim, um caso em que o diretor da comunidade terapêutica admitiu já ter praticado, em outro momento, reversão sexual de internos. A unidade é a Cerena, no Rio Grande do Norte.

4.6 Internação de Adolescentes

Há adolescentes internados em 11 das comunidades terapêuticas visitadas.¹⁸ Identificaram-se ainda duas CTs nas quais moram crianças e adolescentes, acompanhando a mãe. Houve, por fim, a internação de uma criança de 11 anos em comunidade terapêutica, por decisão judicial.

Essa situação, especificamente, foi identificada em inspeção realizada na cidade de Itamonte em Minas Gerais.

“

Observa-se que o pastor tem clareza de que os jovens aliados de liberdade na comunidade terapêutica também se encontram impossibilitados de acesso escolar. Ele afirma, inclusive, que essa é uma grande preocupação. Ao mesmo tempo, nos apresentou uma decisão judicial de internação de uma criança de 11 anos, à qual ele não se opôs. (MG 04 – Jovem Maanaim – Itamonte)

O relatório informa ainda que a criança compartilha dormitório com adolescentes de até 18 anos e que o ambiente apresenta condições precárias: tamanho pequeno, camas com pregos expostos, além de banheiros com fiações expostas e vasos sanitários desacoplados do chão.

18 Na CT MG 04 há dois núcleos separados, um recebe apenas adolescentes masculinos e outro recebe adolescentes do sexo feminino e mulheres. Elas foram citadas separadamente aqui, dado os perfis distintos.

Em duas CTs, estavam apenas adolescentes do sexo masculino. Em todas as outras, meninos e meninas conviviam com adultos do mesmo sexo – sendo que em quatro delas viviam apenas mulheres.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.088/2011, determina que comunidades terapêuticas só podem acolher adultos (inciso II do art. 9º). Isso já seria suficiente para caracterizar a irregularidade das internações de adolescentes. No entanto, dada a existência desses casos, optamos por também apontar as violações ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) encontradas nas visitas.

A permanência de situações de internação de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas configura afronta às normas vigentes na medida em que não são nem serviços adequados e previstos pelo ECA para internação para cumprimento de medida socioeducativa; nem serviços de proteção; e tampouco são capazes de promover proteção integral a sujeitos em fase de formação.

4.6.1 Encaminhamento judicial de adolescentes a CTs

Tendo como base as informações compiladas pelos relatórios das inspeções a comunidades terapêuticas, a internação de adolescentes provém de três origens: encaminhados pelas famílias; pelo poder judiciário; ou por conselhos tutelares, conforme ratificam os trechos reproduzidos a seguir:

“ No caso de adolescentes, foi observado que as internações compulsórias ocorrem por meio do encaminhamento da família, de órgãos da justiça, Conselho Tutelar e assistência. (PA 02 – CT Fazenda Esperança – Abaetuba)

“ Apurou-se que a grande maioria dos adolescentes são encaminhados à Maanaim pelos conselhos tutelares e por decisões judiciais. Nesse caso, inclusive, verificou-se que a relativa liberdade de sair da CT toma aspectos particulares, visto que, quando fogem, os garotos são punidos com o aumento do tempo de privação de liberdade. São penalizados com aumento da reclusão. (MG 04 – Maanaim/Unidade dos Adolescentes – Itamonte)

“ As internações compulsórias originavam-se de processos judiciais, fosse de crianças e adolescentes em internação compulsória ou de ações na justiça para custear os valores das mensalidades da clínica, ajuizadas por familiares sem o consentimento da pessoa internada. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

No caso de encaminhamento pelas famílias, a presença de adolescentes viola qualquer preceito de atenção à saúde mental em liberdade, mas também os preceitos do ECA de manutenção de vínculos familiares e comunitários e de atenção integral.

As famílias, sem conseguir lidar com o uso de álcool ou outras drogas por adolescentes, acabam por enviá-los a locais onde serão impostas graves violações aos direitos e à possibilidade de desenvolvimento desses sujeitos.

Nas situações em que se afirma ter havido encaminhamento pelos conselhos tutelares, houve poucas informações sobre as bases e as dinâmicas dessa origem nos relatórios locais, tratando-se, portanto, de tema que requer maior aprofundamento.

Os encaminhamentos de adolescentes por decisões judiciais são internações de perfil compulsório, identificadas em cinco das comunidades terapêuticas visitadas, e que vêm ocorrendo por dois caminhos: (a) para tratamento de dependência química e (b) aplicação de medida socioeducativa de internação. A seguir, nos debruçaremos sobre cada um deles:

a. para tratamento de dependência química

Internações com esse perfil ocorrem, em geral, sob alegação de que, na ausência de unidade para esse fim na rede pública, o município deve oferecer tratamento via internação em entidade privada, custeando-o.

O ECA prevê a aplicação de medidas de proteção a adolescentes, mas requer que se leve em conta as necessidades pedagógicas e que se dê preferência àquelas que “visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários” (ECA, art. 100). Devem ser respeitados ainda outros vários princípios, tais como: tratamento de adolescentes como sujeitos de direitos, proteção integral e prioritária, intervenção mínima, proporcionalidade, entre outros. O artigo 101 daquela norma prevê, entre as medidas protetivas:

V – requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;

VI – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;

VII – acolhimento institucional;

VIII – inclusão em programa de acolhimento familiar;

IX – colocação em família substituta.

§ 1º O acolhimento institucional e o acolhimento familiar são medidas provisórias e excepcionais, utilizáveis como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade.

§ 2º Sem prejuízo da tomada de medidas emergenciais para proteção de vítimas de violência ou abuso sexual e das providências a que alude o art. 130 desta Lei, o afastamento da criança ou adolescente do convívio familiar é de competência exclusiva da autoridade judiciária e importará na deflagração,

a pedido do Ministério Público ou de quem tenha legítimo interesse, de procedimento judicial contencioso, no qual se garanta aos pais ou ao responsável legal o exercício do contraditório e da ampla defesa.

§ 3º Crianças e adolescentes somente poderão ser encaminhados às instituições que executam programas de acolhimento institucional, governamentais ou não, por meio de uma Guia de Acolhimento, expedida pela autoridade judiciária, na qual obrigatoriamente constará, dentre outros.

Tem-se, portanto, que o item VI, que menciona a “inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos”, não prevê internação. E que as definições sobre acolhimentos institucionais as situam como provisórias e excepcionais, usadas em caráter de transição para a reintegração familiar e em instituições que executam programas de acolhimento institucional.

Comunidades terapêuticas não se enquadram em nenhum desses perfis, de maneira que não há, assim, previsão no ECA para internação. Convém destacar, apenas de modo especulativo, que se fosse esse o caso, as diretrizes do ECA determinariam que, visando a reintegração familiar, cada criança tivesse um plano individual de atendimento – o que, como já vimos, não é prática nas comunidades terapêuticas visitadas, reforçando, mais uma vez, a inadequação desses locais como espaços para a presença de adolescentes.

A internação desse grupo populacional nesse tipo de estabelecimento – que vem acontecendo sob auspícios do Poder Judiciário – só ocorre sob a alegação de falta de opções de cuidado, porém, engendra uma série de outras violações de direitos, em especial do acesso à educação, conforme veremos abaixo.

b. aplicação de medida socioeducativa de internação, em caso de cometimento de ato infracional

Inicialmente, é importante destacar que não há previsão legal para que um adolescente cumpra medida de privação de liberdade em uma comunidade terapêutica. Esses espaços não são e não podem ser considerados estabelecimentos educacionais, à luz do tipo de atividades e de seu perfil.

A internação em estabelecimento educacional é uma das medidas previstas para adolescentes que pratiquem ato infracional, por determinação de autoridade competente (art. 112, inciso VI), e respeitando o devido processo legal (art. 110).

A internação, porém, só pode ser adotada quando não houver outras medidas adequadas e tem restrições em sua aplicação, visto ser utilizada somente em casos de ato infracional com grave ameaça ou violência, reiteração e pelo descumprimento

de medidas anteriores (art. 122). Deve, por fim, “ser cumprida em entidade exclusiva para adolescentes, em local distinto daquele destinado ao abrigo, obedecida rigorosa separação por critérios de idade, compleição física e gravidade da infração” (art.123).

A manutenção de adolescentes e adultos convivendo nos mesmos espaços de privação de liberdade é grave afronta ao ECA. O Estatuto estabelece que medidas socioeducativas em unidades de internação para adolescentes sejam cumpridas em entidades exclusivas para essa faixa etária.

Durante as inspeções, foi possível identificar que, nas dez instituições em que convivem com adultos, adolescentes seguem a mesma rotina. Foram raras as referências a atividades específicas.

Nas visitas, identificou-se também que adolescentes e adultos dividem alojamentos e quartos. Em apenas duas instituições relatou-se que adolescentes ficam em casas ou quartos separados. Essa situação demonstra a falta de atenção às peculiaridades de pessoas em fase de desenvolvimento que são crianças e adolescentes.

“

Destaca-se que os adolescentes participam de toda a rotina da casa sem nenhuma diferenciação na programação das atividades ou no tratamento que é oferecido pela CT. Foi identificado, durante a visita, que os adolescentes dormem nos mesmos quartos que os “residentes” adultos, não existindo nenhum critério de separação entre as pessoas acolhidas. Segundo a direção, a separação dos quartos acontece por idade e níveis de estágio terapêutico, ou seja, aqueles que estão melhores ficam com os que no momento ainda não estão bem: “tenho que colocar o adolescente junto alguém que esteja melhor; quando ele entra aqui falamos que ele tem um anjo” (sic). (PE-01 – Novo Tempo – Igarassu)

“

A separação de adultos e adolescentes só ocorre na hora de dormir. Atualmente a comunidade tem dois adolescentes que dormem em um quarto com seu monitor, na mesma casa dos adultos. Não foram identificados outros tipos de separação de pessoas. (PA 01 – Embrião – Castanhal)

Além disso, as instituições visitadas não atendem às mínimas obrigações estabelecidas no art. 94 do ECA: não observam garantias e direitos de adolescentes; não oferecem atendimento personalizado; não diligenciam pelo reestabelecimento e preservação de vínculos familiares; nem sempre oferecem instalações físicas adequadas; não proporcionam escolarização e profissionalização, tampouco atividades culturais, esportivas e de lazer, entre outros.

Há relatos de internações justificadas pela realização de ato infracional, sem passar pelas demais medidas hierarquicamente estabelecidas no ECA, em flagrante desrespeito ao devido processo legal.

“

Nas entrevistas dos adolescentes e da equipe da instituição, constatou-se que, embora relatassem uso de drogas, também mencionaram estar envolvidos com venda, furto, assalto, uso de arma e não frequentarem a escola, ressaltando assim que a internação era por causa do comportamento e das “coisas erradas” que faziam. Parte das internações também foi justificada como sendo cumprimento de medida socioeducativa. Ou seja: a lógica da privação de liberdade está atrelada ao julgamento moral do comportamento desses adolescentes, de modo que a decisão judicial sobre o cumprimento de medida socioeducativa nessas condições fere, em sua integralidade, o Estatuto da Criança e do Adolescente, além de caracterizar que o conjunto da situação exposta pela instituição em nada se aproxima de tratamento em saúde, uma vez que fere todos, de uma só vez, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Não bastasse a sucessão de irregularidades, à equipe de visita foi relatado o caso de um interno que já recebeu laudo de psicólogo solicitando sua liberação, mas o juízo do município de Sapezal (MT) ainda o mantinha internado, sob justificativa de cumprimento de medida socioeducativa. O agravante dessa decisão se acentua, pois, segundo informações colhidas com a direção da instituição, o adolescente em questão sequer cometeu ato infracional antes de ser privado de sua liberdade na comunidade terapêutica – cuja permanência já dura dois anos. (MT 01 – Recomeço – Cuiabá)

Essas situações colocam, irregularmente, as comunidades terapêuticas como prestadoras de serviços ao sistema de proteção à criança e ao adolescente, sob a justificativa da falta de outros espaços de tratamento. Isso ocorre, porém, sem que esses locais atendam a critérios mínimos já estabelecidos pelo ECA ou que sejam instituições de cuidado em saúde, e sem que a sociedade esteja informada sobre as práticas que estão sendo referendadas pela justiça e custeadas com recursos públicos.

A prática aponta, por fim, também para a fragilidade dos mecanismos de fiscalização das comunidades terapêuticas e dos direitos das crianças e dos adolescentes, posto que algumas das CTs inspecionadas já haviam sido objeto de vistoria pelo poder público sem que fossem identificadas violações ou tomadas providências cabíveis.

4.6.2 Internações para retirada de convívio social

Houve diversos casos de internação de adolescentes por motivos que não estão relacionados ao uso de álcool e outras drogas, de maneira que as comunidades terapêuticas parecem estar cumprindo papel de isolamento do convívio social pelas mais diversas motivações. Como será detalhado adiante, a prática repete

uma tendência geral – visto que ocorre também em casos de adultos –, mas é importante destacar a gravidade desse tipo de ocorrência ao tratar de crianças e adolescentes, cidadãos em formação aos quais a família, o Estado e a sociedade deveriam estar oferecendo proteção.



Chamou atenção a questão do encaminhamento para internação, visto que, além daquelas via prefeituras, conselhos tutelares e médicos, há os casos das mães que acham que seus filhos devem ser internados por interagirem com alguém que bebe ou usa drogas, ou mesmo por discordarem da forma como vivem.

Nesse aspecto, importante relatar o caso de uma moça conduzida para a clínica porque namorava um rapaz que bebia e sua mãe evangélica decidiu que ela deveria ser internada. Essa jovem, inclusive, já havia sido acompanhada por alguns anos pelo conselheiro do CRP-MG que participou da inspeção. Completamente isolada dos demais, pois somente sem comunica por meio da Língua Brasileira de Sinais (Libras), essa moça deu testemunho de toda a crueldade, descaso e desumanidade a que foi submetida, implorando por ajuda para sair. (MG 04 – Maanaim – Itamonte)

É importante destacar que o ECA estabelece que os adolescentes – por definição, pessoas entre 12 e 18 anos de idade – são sujeitos de direitos e devem receber proteção integral e ter asseguradas oportunidades e facilidades para facultar seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (art. 3º).

Pelos breves relatos aqui apresentados, não resta dúvida de que tais preceitos estão sendo violados por meio da manutenção de adolescentes em espaços que ferem o direito à liberdade, à dignidade e ao desenvolvimento pessoal. Ainda mais grave, a internação ocorre, por vezes, por indicação do Poder Judiciário ou do Conselho Tutelar, o que indica a participação do poder público nesses processos. Há que se discutir seriamente o uso de comunidades terapêuticas como espaços para o cumprimento de medidas socioeducativas – tendo como perspectiva as diretrizes estabelecidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelo conjunto de normativas que asseguram a proteção de direitos humanos.

4.6.3 Outros problemas encontrados

De uma forma geral, é fácil concluir que os espaços aqui descritos não oferecem aos adolescentes condições de fomentar desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade, conforme postula o Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 3º.

Também é patente que, em casos de internação, há violação do direito à convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral (art. 19). A convivência familiar é também um dos itens do direito à liberdade assegurado pelo ECA, em seu artigo 16 – ao lado do direito de ir e vir, de opinião e expressão, à crença e culto religioso, a brincar, praticar esportes e divertir-se, entre outros. No momento da internação, a regra nas comunidades terapêuticas é um período inicial sem contato com o mundo exterior, e os adolescentes só passam a ter contato com a família por meio de visitas programadas ou ligações periódicas.

A liberdade de crença e religião também é colocada em risco, dado o perfil religioso das comunidades terapêuticas e o caráter de proselitismo que é incorporado ao pretenso tratamento. Destaca-se, também, a restrição do acesso à educação, lazer e os indícios de trabalho infantil, conforme análises a seguir.

Em apenas uma das unidades que recebem essa faixa etária houve referência ao envio de atividades escolares para adolescentes privados de liberdade. Em todas as outras, adolescentes estão privados do direito à educação, em flagrante desrespeito ao Estatuto da Criança e do Adolescente, que define ser 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 (artigo 4º).

“

No que se refere ao acesso aos estudos regulares, foi relatado à equipe de inspeção que há acompanhamento de uma psicopedagoga semanalmente, contudo os adolescentes não estão inseridos no ensino regular, tampouco recebendo assistência escolar domiciliar. (MT 01- Recomeço – Cuiabá)

Além da falta de frequência à escola, as comunidades terapêuticas não oferecem outras atividades de formação ou profissionalização, de forma que o tempo dos adolescentes é preenchido pela laborterapia (ver item “4.6.4 Trabalho de adolescentes”) ou é de completo ócio. Assim, não estão garantidos o acesso ao esporte, ao lazer, à profissionalização ou à cultura – elementos importantes para a formação integral desses sujeitos e que deveriam ser garantidos mesmo em cumprimento de medidas socioeducativas.

“

Essa foi a última unidade visitada e havia sido preparada para nossa chegada. Muitos adolescentes nos aguardavam na frente de seus quartos, como se tivessem sido dispostos para nos atender. Quase todos os quartos estavam abertos. Vários adolescentes estavam deitados em suas camas visto que não há atividades, nada a fazer na maior parte do dia. Ao final da tarde, em alguns dias, jogam futebol ou bolinhas de gude. [...] Questionados sobre o ócio, muitos com fala ensaiada

ou adestramento eficiente, informaram que era bom que ali estivessem para aprenderem a valorizar a vida lá fora e que com a palavra de Deus iriam se preparar para viver sem erro. (MG 04 – Maanaim/Unidade dos Adolescentes – Itamonte)

4.6.4 Trabalho de adolescentes

O ECA define, em seu art. 60, ser proibido qualquer trabalho a menores de 14 anos de idade, salvo na condição de aprendiz que, por sua vez, se caracteriza como atividade de formação técnico-profissional.

Nas unidades visitadas em que havia adolescentes e adultos reunidos, a rotina dos primeiros não se diferencia, de maneira que estão sendo submetidos a práticas de laborterapia, o que fere as diretrizes do ECA. Ainda mais grave que isso, as equipes de inspeção identificaram nesses espaços práticas de trabalho em funções de segurança e de limpeza de áreas comuns.

“

Há presença de adolescentes. Não está sendo garantido o direito à educação e convivência familiar e comunitária. Eles recebem as mesmas atribuições dos adultos, como laborterapia, revista a objetos e presença nos momentos religiosos. (PA 02 – Fazenda Esperança – Abaetuba)

“

A unidade tinha um “grupo de internos” chamado de Grupo de Apoio ao Paciente (GAP), composto por 10 internos, sendo quatro adolescentes, cuja tarefa era realizar a segurança do estabelecimento, evitando a fuga dos demais internos. Para isso, eles ocupavam, durante todo o dia, “postos” de vigilância previamente definidos. Eles permaneciam nesses locais por horas seguidas, mesmo se estivesse chovendo ou fazendo muito sol, não sendo remunerados para tal atividade. Eles também relataram comer nos seus “postos”, para garantir que nenhum usuário pulasse o muro, apesar de a unidade ter cerca elétrica. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

“

Os adolescentes recebem as mesmas atribuições dos adultos, como laborterapia, revista íntima, grupos terapêuticos, presença nos momentos de espiritualidade e punições por ausência ou violação do regimento interno. (PA 01 – Fazenda Embrião – Castanhal)

Na unidade de internação de adolescentes masculinos no Mato Grosso, houve relato de trabalho durante a madrugada, com indícios de trabalho forçado:

“

[...] Relatos deram conta de que muitos adolescentes são submetidos, madrugada adentro, a desenvolver aquilo que a

instituição chama de laborterapia. No dia da inspeção foi possível conversar com um adolescente que ficara até às 2h da madrugada trabalhando. Segundo o relato, esse adolescente (com outros que ele não quis indicar quais eram) rastelou as folhas do pátio comum da instituição e, posteriormente, lavou os cômodos da casa (menos os quartos onde outros adolescentes dormiam).

[...]

Há o trabalho de monitoramento e segurança do local que é realizado pelos próprios adolescentes e essa atividade é descrita como parte da laborterapia. Foi informado pelos internos que oito monitores são adolescentes internos e não recebem remuneração. Outros cinco recebem ajuda de custo, pois finalizaram a internação, mas se mantêm na instituição como “cabeças de plantão” (sic); são adolescentes que ainda têm vínculo institucional e atuam na segurança da CT. (MT 01– Recomeço – Cuiabá)

Essas ocorrências agregam evidências de que há inúmeras situações de desrespeito aos adolescentes internados e reforçam o entendimento de que estruturas de tal natureza tendem a expor pessoas já vulneráveis a violações de direitos humanos.

4.7 “Novos Usos” para as Comunidades Terapêuticas

Na análise dos relatórios preparados pelos estados, foram identificadas situações nas quais as justificativas para internações não estão relacionadas a questões relativas ao uso de álcool e outras drogas. Há comunidades que afirmam receber pacientes com diversos tipos de transtornos mentais. Também foram identificadas unidades que recebem pessoas idosas com permanência não necessariamente relacionada ao uso de drogas, mas por não disporem de outros locais para permanecer. Esse parece ser também o perfil de instituições que são acessadas como espaços alternativos à vida na rua, ainda que temporariamente. Além disso, algumas das comunidades terapêuticas visitadas têm sido utilizadas para internação de pessoas com comportamentos considerados moralmente desviantes da norma, daí o registro de internações por “agressividade e rebeldia” ou “deficiência intelectual.”

Cada um dos exemplos ratifica o perfil desses espaços como expressão contemporânea de segregação. À margem das normas, vêm sendo utilizados como mecanismos para afastar pessoas – e seus problemas – do convívio social, em franco desacordo com o espírito da Constituição Federal de 1988 que, como argumentamos na introdução deste relatório, determina a inclusão cidadã de todos e todas, respeitadas as especificidades de pessoas e grupos.

Apresentam-se, a seguir, alguns dos perfis de internação identificados durante as inspeções:

“ Foi informado que a instituição atende outras demandas, como depressão, tristeza, bulimia, agressividade e rebeldia. (PA 02 – CT Fazenda Esperança – Abaetuba)

“ Além de dependentes químicos, há internação de [nove] pessoas com diferentes transtornos psiquiátricos e pessoas com deficiência intelectual, mesmo que a instituição não possua tratamento específico para esses públicos. (SP 02 – Recanto Vida Nova – Mairinque)

“ Cada participante se apresentou a partir da pergunta feita pela facilitadora do grupo: “Quem é você?” [...] Nesse momento, foram relatadas muitas queixas de tratamento indevido das “residentes” por alguns monitores. Falou-se das situações de como chegaram ali (por meio de resgate), das medicações utilizadas (garapa, coquetéis de medicamentos fortes, ansiolíticos, antidepressivos, hipnóticos). Mencionou-se as tarefas diárias, ditas laborterapia, o clima de violência verbal e até violência física entre as internas. Questionaram mistura de usuárias com dependência química, transtornos mentais, pessoas em conflito com a lei, pessoas de várias idades, desde adolescentes até idosos. Houve relatos de idosos com depressão. (PE 02 – Reviver – Paudalho)

“ Havia um interno dormindo por um longo tempo na mesa do refeitório. Foi informado que é ofertada a ele a possibilidade de dormir em seu quarto, como uma única exceção concedida, mas que ele prefere ficar ali, debruçado sobre a mesa. Foi também informado que se trata de um interno que está ali há muitos anos por absoluta falta de alternativa (família, casa, etc.). Encontramos também um paciente que relatou que faz uso de hemifumarato de quetiapina. Em sua entrevista, relata ainda que foi encaminhado por sua irmã ao psiquiatra, mas não sabe dizer seu diagnóstico, porém afirma que o uso do medicamento melhorou muito sua qualidade de vida. (MG 05 – Peniel – Brumadinho)

“ O público-alvo da unidade é a população em situação de rua. Toda quinta-feira, a CT participa de um trabalho de evangelização da população em situação de rua da região metropolitana de Belo Horizonte, com distribuição de alimentos e convite para internação na Comunidade Terra Santa. [...]. “Aqui é um porto-seguro quando a rua tá muito violenta.” (MG 09 – Terra Santa – Betim)

“ [...] esclareceu, outrossim, que a comunidade terapêutica recebe não só dependentes químicos mas também pacientes com transtornos mentais (autismo, esquizofrenia, etc.). Afirmou que, na maior parte dos casos, os pacientes são trazidos por suas famílias, mas que também já receberam internos encaminhados pela justiça, pelo Ministério Público Estadual de Nilópolis e indicados pelo Caps de Nova Iguaçu. (RJ 01 – Crisameta – Nova Iguaçu)

“

Houve outra interna que narrou o fato de que sua mãe, considerando que cerveja não deve ser usada por pessoa de fé, pediu ao pastor para que a internasse para curá-la desse hábito. (MG 04 – Maanaim – Itamonte)

Ressaltamos, nos itens a seguir, especificidades em relação à internação de pessoas idosas e de pessoas com transtornos psiquiátricos.

4.7.1 Internação de pessoas idosas

O Estatuto do Idoso define como idosas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Foi identificada a presença de pessoas idosas em sete comunidades terapêuticas inspecionadas e, em nenhuma delas, houve informações sobre cuidados especiais para essa população. Os relatos variaram de um a quatro idosos e idosas internados.

Dado que o levantamento da situação das pessoas idosas não era o foco da inspeção, não há informações aprofundadas sobre as condições de sua internação. No entanto, os relatórios apontam a falta de estrutura adequada ao atendimento em condições de dignidade e a impossibilidade de atendimento de necessidades oriundas da idade, além de indícios de tratamento desrespeitoso. O tema requer maior investigação para que se caracterize a situação das pessoas idosas sob internação, inclusive identificando negligência de serviços estatais, pois, de acordo com o Estatuto do Idoso, é “obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (artigo 9º).

Pela descrição dos casos, nota-se que comunidades terapêuticas podem estar sendo usadas como local de longa permanência para idosos, em especial para pessoas de pouca condição econômica. Em parte, a atenção aos idosos é realizada pelas próprias pessoas privadas de liberdade, mais uma vez caracterizando o emprego de mão de obra sem formalização, sem remuneração e sem qualificação profissional.

Além de estigma relacionado à idade – em uma das comunidades visitadas, era comum se referir ao alojamento como “quarto das doninhas” –, há subregistro da presença de idosos, bem como relatos de depressão e abandono.

“

Existem quatro internos idosos. Reclamaram que se sentem abandonados pelos familiares. Um deles está internado há oito anos. (PB 02 – Clínica Ama – Conde)

“

O número de idosos não ficou claro. A lista fornecida pela instituição mencionava apenas um idoso, de 65 anos, ao passo que os usuários entrevistados afirmaram haver vários idosos. (SP 02 – Recanto Vida Nova – Mairinque)

Em Minas Gerais, foi registrado um caso ainda mais grave de falta de atendimento especializado, inclusive para pessoas que tinham necessidades específicas em questões de saúde e locomoção.

“

Um fato que chamou atenção foi o caso da interna que estava hospitalizada no momento da visita. Como diversas vezes apontado, ela possuía dificuldades de mobilidade e estaria na CT por não ter família. Ela pagava uma mensalidade e fazia doação da cesta básica. As outras internas eram obrigadas a cuidar dela e ajudá-la em suas necessidades, como se fossem suas cuidadoras, sem receber nenhum salário por isso. No momento que ela foi internada, duas internas passaram a se revezar para acompanhá-la no hospital – uma durante o dia e a outra à noite –, vestidas com a camiseta da comunidade terapêutica. Ou seja, elas são obrigadas a trabalhar como cuidadoras/acompanhantes de uma interna hospitalizada, sem receber qualquer remuneração por isso. Segundo relatos, a mulher hospitalizada continuaria pagando a CT. Ademais, sua hospitalização se deu, muito provavelmente, por negligência da comunidade terapêutica, uma vez que receberam uma mulher com mobilidade reduzida, sendo que eles não têm condições de garantir o devido tratamento. (MG 03 – Fazenda Vitória – Lagoa Santa)

Os relatórios das inspeções reúnem, portanto, indícios do emprego de comunidades terapêuticas como locais de internação de longa permanência para idosos, sem que sejam adequadas para esse fim. Vale destacar que a incorporação desse grupo populacional como público dessas instituições não é fato isolado, conforme destacado a seguir.

4.7.2 Internação de pessoas com transtornos diversos de saúde mental

Destacam-se, aqui, relatos de pessoas internadas em comunidades terapêuticas por transtornos mentais não relativos ao uso de álcool e outras drogas. Ao afirmarem abertamente que realizam esse tipo de internação, essas instituições mais uma vez explicitam o caráter de espaços para a segregação das diferenças e o papel que vêm cumprindo como uma renovada expressão dos estabelecimentos manicomiais – contra os quais foi estruturada toda a reforma psiquiátrica brasileira, especialmente por meio da Lei nº 10.216/2001.

Os relatos apontam que há casos de encaminhamentos feitos por familiares – que poderiam ser justificados pelo desconhecimento das normas ou pela desestruturação familiar –, mas há também indicações da ação do poder público e de profissionais da área de saúde no uso de comunidades terapêuticas como espaços de internação de pessoas com transtornos mentais de diversos perfis.

“

A clínica tem, em sua clientela, pessoas com distúrbios mentais, dependentes químicos e idosos aparentemente sem diagnóstico e que estão simplesmente abrigados. Todos tomam medicamentos, o que sugere que isso é feito somente com o objetivo de contenção química. (RJ 01 - Crisameta - Nova Iguaçu)

“

Neste documento é informado que existem 40 vagas (dez a mais do que relatado pela direção no momento da visita). O mesmo documento aponta pessoas com transtornos mentais como público alvo da comunidade terapêutica, além de dependentes químicos.

Segundo direção e equipe, a separação dos quartos acontece pelo tipo de transtorno: as que usam álcool ou outras drogas são separadas das que apresentam transtornos diversos. No entanto, nas entrevistas realizadas com as “residentes”, foi dito que não existe nenhum critério de separação e que as residentes ficam todas “misturadas”. (PE 02 – CT Reviver – Paudalho).

“

A comunidade terapêutica Maanaim apoia-se no processo de privação de liberdade enquanto condição para o isolamento do mundo, a abstinência e a doutrinação religiosa em sua terapêutica de “cura” do uso nocivo/dependente de drogas. Apesar de ter esse foco, recebe pacientes psiquiátricos, vários sem chance de retorno às famílias, adolescentes cumprindo medidas socioeducativas ou protetivas, usuários eventuais de drogas, condenados por suas famílias e por sua comunidade religiosa e, também, jovens cuja conduta é desaprovada por seus familiares ou pelo Conselho Tutelar. (MG 04 – Maanaim – Itamonte)

No Distrito Federal, houve menções a internações de pessoas cumprindo pena em regime semiaberto e em liberdade condicional. Um interno afirmou depender da permanência no local para ter um endereço fixo, de forma a não ser obrigado a voltar para a prisão.

As diversas motivações para internações ratificam, portanto, o uso que vem sendo feito das comunidades terapêuticas como locais em que se retoma o modelo asilar, superado no Brasil pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

4.8 Infraestrutura e Insumos Básicos

4.8.1 Ausência de alvará sanitário

A Resolução RDC nº 29/2011, art. 3º, da Anvisa, que define requisitos de segurança sanitária para instituições do perfil inspecionado, estabelece que elas devem possuir licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público.

Entre as 28 comunidades terapêuticas visitadas, apenas dez apresentaram alvará sanitário válido para o ano corrente. Em outras 11, os relatórios produzidos pelos estados afirmaram textualmente a não apresentação desse alvará ou, em dois casos, foram apresentados documentos de 2016. Nas demais cinco instituições visitadas, não houve informação específica sobre esse item. A ausência de alvarás é fato agravado pelas condições encontradas nesses estabelecimentos.

A falta de alvará sanitário não se mostrou, necessariamente, como empecilho para a destinação de recursos públicos às comunidades terapêuticas, dado que três das que afirmaram receber doações ou repasses de verbas públicas não apresentaram alvarás sanitários durante as inspeções.

4.8.2 Condições sanitárias

Os requisitos da RDC nº 29/2011, da Anvisa, incluem uma seção específica sobre infraestrutura, estabelecendo que as instalações prediais devem ser regularizadas perante o poder público (art. 11º), mantidas em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza (art. 12º), e precisam garantir a qualidade de água caso não disponham de abastecimento público (art. 13º).

Para fins da inspeção, estiveram separadamente sob foco de atenção aspectos de infraestrutura sanitária (banheiros, cozinha, água) e da infraestrutura física (quartos, áreas de vivência, salas de atendimento e outros). Na sistematização dos dados, foi necessário padronizar as diversas informações compiladas nas visitas. Para fins de contabilização, dividiram-se os relatos em duas categorias, separando aquelas que não apresentaram problemas nos relatos (“sem problemas evidentes”) e as que indicaram questões relativas à estrutura (“com problemas evidentes”).

Em 20 das CTs inspecionadas foram verificados problemas sanitários bastante evidentes, tais como banheiros quebrados ou sujos; falta de água quente para banho; ausência de água potável; cozinha sem condições próprias de preparo e/ou armazenamento de alimentos, inclusive higiene e equipamentos; falta

de refeitório. Entre os diversos relatos que ajudam a visualizar as situações, encontram-se:

“

A alimentação é feita na própria unidade, em uma cozinha deteriorada, escura e sem condições de higiene adequada. Na parte interna da cozinha, foi encontrada uma geladeira antiga sem condições adequadas de refrigeração, armários malconservados e sujos, um fogão antigo que, no momento da visita, estava com duas panelas que seriam parte do almoço. [...] Na parte externa da cozinha, havia um grande armário onde eram armazenados alimentos não perecíveis. Além desses, no mesmo espaço externo havia dois *freezers* horizontais e um espaço improvisado para depósito de verduras e legumes. Importante destacar que muitas destas verduras e frutas estavam apodrecendo e sem condições de serem usadas. (PE 01 – Novo Tempo – Igarassu)

“

As refeições são realizadas ao ar livre, em um espaço com um terraço, dois banheiros, uma churrasqueira e uma espécie de “enfermaria”, onde é possível identificar o armazenamento de várias caixas de remédios. Destaca-se a precariedade dos dois banheiros com os assentos quebrados, o chão imundo, as paredes descascadas e com reboco caindo devido à umidade, o depósito de água da descarga quebrado, com uma espécie de “gambiarra” para possibilitar a descarga (um cadarço de sapato molhado, de aspecto insalubre no lugar da corda apropriada para isso).

As portas dos banheiros estavam sujas e não podiam ser trancadas por dentro, devido ao ferrolho estar quebrado. Em um dos banheiros, não havia eletricidade nem lâmpadas. Havia aspecto de sujeira em todo o local onde as refeições acontecem. (PE 02 – Reviver – Paudalho)

“

O ambiente da casa é totalmente insalubre, sem cuidados mínimos de higiene. A alimentação estava sendo feita em fogão à lenha improvisado, vizinho ao chiqueiro. A guarda de alimentos é feita no quarto da missionaria, inclusive dos perecíveis. (RN 02 – Dorcas – São José de Mipibu)

“

Há uma cozinha de uso comum entre os internos – com geladeira e *freezer* em más condições, fogão industrial e dispensa. Nesse local, os internos trabalham preparando sua própria alimentação.

A enfermaria fica numa sala com ventilador de teto, uma mesa, duas macas, uma pia, quatro armários para arquivos e um armário com duas portas. A sala apresentou odor forte de mofo e fezes de rato no chão e nas macas. Os medicamentos ficam alojados em armário fechado sem refrigeração. (PA 01 – Embrião – Castanhal)

A norma da Anvisa determina a oferta de banheiro dotado de bacia, lavatório e chuveiro com dimensionamento compatível com o número de residentes. Porém, em um dos casos mais evidentes de violação dessa norma, havia um único chuveiro para mais de 20 pessoas. Em outra situação, não havia portas nos banheiros, não existindo nenhuma garantia de privacidade. Nesse mesmo local, foi identificado escoamento de água a céu aberto:

“

O abastecimento de água para o consumo humano é feito por um poço artesiano (convencional) localizado ao lado da cozinha e de um depósito. O poço apresentava uma tampa de concreto que não estava vedada. O descarte de água dos banheiros era feito por uma fossa séptica. O descarte da água da cozinha era a céu aberto, não dispondo de caixa de gordura, ocasionando um mau cheiro no seu represamento. O descarte da água da lavanderia também acontecia a céu aberto. (RN 01 – Cerena – Nísia Floresta)

A resolução da Anvisa menciona explicitamente que as instituições devem garantir a qualidade da água para as pessoas internadas, caso não disponham de abastecimento público. Porém, em pelo menos quatro unidades inspecionadas foram encontrados problemas vistos a olho nu:

“

Há um problema com a água usada para banho, captada no ribeirão que passa ao fundo da comunidade terapêutica, visto que inúmeras residentes relatam alergias e erupções, observáveis a olho nu. (MG 04 – Maanaim/Casa Feminina – Itamonte)

“

Suspeita-se que a qualidade da água não esteja de acordo com as recomendações da Anvisa. Foi informado que as “residentes” utilizam um bebedouro e captam água diretamente de um poço artesiano para cozinhar e para consumo próprio. Importante registrar que próximo a esse poço foi identificada a presença de um esgoto aberto. (PE 02 – Reviver – Paudalho)

“

Segundo relato das “residentes”, apesar das queixas frequentes, apenas quando muitas delas tiveram diarreia é que foram adotadas medidas reparadoras pelos profissionais da CT. Destaca-se, porém, que no dia da inspeção ainda foi possível verificar o esgoto aberto com fezes e gordura boiando na água imunda e fétida.

Ainda no galpão havia uma cozinha acoplada, com telas rasgadas, tijolos no chão, por conta de ratos, e precário armazenamento de alimentos. Havia pequena quantidade de alimentos armazenados. Relatou-se que muitas vezes não era oferecida carne nas refeições e que havia pouca variedade de alimentos. Com frequência, eram servidos arroz, feijão, salsicha, hambúrguer, linguiça ou ovo. As refeições eram

preparadas pelos internos, que relataram já terem achado insetos na comida e que muitas pessoas já haviam passado mal. Certa vez, a clínica recebeu grande lote de iogurte vencido havia mais de quatro meses e esse produto foi disponibilizado aos usuários. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

As informações dos relatórios mencionam vagamente a ausência de equipamentos de segurança e de prevenção a incêndios. De forma semelhante, foram quatro as menções, nos relatórios, de comunidades terapêuticas com alvará ou vistoriadas pelo Corpo de Bombeiros apesar de não terem sido incomuns relatos de problemas nas instalações elétricas, apresentados no item a seguir.

4.8.3 Infraestrutura

Nas inspeções, foi encontrada considerável variedade de condições de infraestrutura. Apenas oito locais inspecionados apresentaram estrutura física sem problemas evidentes. As outras 20 comunidades apresentam condições razoáveis a precárias, com ampla variação em relação ao tamanho, às características da estrutura física e às condições de manutenção em que se encontram.

Foram consideradas “sem problemas” aquelas em que foram encontrados quartos limpos e organizados, armários individuais, banheiros em boas condições, conforme casos a seguir:

“

A lotação atual é de 21 pessoas em privação de liberdade. As instalações, assim como os dormitórios e banheiros, estavam limpos e organizados. Não existem espaços de castigo e nem grades ou portões que possam ser trancados, não havendo formas de impedir a livre circulação dos internos ou locais específicos para contenção mecânica e química. Existem duas salas de atendimento da psicóloga e da assistente social e uma sala da coordenação, destinadas a conversas dos internos com os demais profissionais. A unidade conta com número satisfatório de quartos ou alojamentos para atender sua lotação máxima e sua capacidade e condições de habitabilidade. Os alojamentos são bem distribuídos e há um alojamento específico para pessoas com deficiência. (MG 06 – Nova Jerusalém – Uberaba)

“

A infraestrutura é caracterizada por dois prédios principais. Em um deles estão a parte administrativa, enfermaria, salas de aula, biblioteca, cozinha, despensa e salão de atividades comuns. Já o outro edifício abriga 12 quartos com cerca de 10 camas em beliche, em média. (DF 01 – Caverna do Adulão – Planaltina)

“

A unidade tem capacidade para 50 internos e no momento está acolhendo 35 homens. Os quartos acomodam de cinco a seis internos, providos com camas de solteiro, cômodas e ventiladores. A unidade também possui academia, sala para oficinas, área de jogos, capela, mural com programação dos internos, escritório da direção, cozinha, refeitório e sala do psicólogo. (RO 02 – Porto da Esperança – Candeias do Jamari)

É relevante observar que, mesmo entre as unidades mais estruturadas, nem todas contam com salas capazes de oferecer privacidade e que permitam algum tipo de acompanhamento individual.

No caso das comunidades terapêuticas que receberam a classificação “com problemas”, verificaram-se cômodos sem limpeza, defeitos na estrutura (paredes ou janelas quebradas), superlotação, colchões no chão, móveis quebrados e/ou sem condições de uso, falta de ventilação e móveis adequados para os internos armazenarem seus pertences.

“

Houve relatos de que os colchões eram imundos e urinados, além de que oito pessoas, em média, estariam dormindo em colchões colocados no chão do salão destinado às atividades, devido à possível lotação do local acima da capacidade. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

“

A chácara possui um amplo espaço, com várias construções e áreas designadas para algumas poucas atividades, como horta, piscina e sala de TV. Alguns dormitórios são quentes e com pouca ventilação, o acesso é precário para pessoas que possuam alguma deficiência física, o que impacta diretamente em sua locomoção. (GO 01 – Salve a Si – Cidade Ocidental)

“

Um dos quartos do bloco I estava com evidências de incêndio, camas destruídas, paredes esfumaçadas e um ar condicionado carbonizado. O terapeuta responsável pela equipe informou ter ocorrido um curto-circuito no aparelho de ar condicionado. Em tempo, verificou-se que o incêndio teria sido provocado por internos, que estariam revoltados com os maus-tratos recebidos na instituição.

[...]

Em todos os quartos, havia pratos e copos sujos. A mobília dos quartos resumia-se a: uma cama, nem sempre em condições de uso; um frigobar, que segundo relato dos internos era usado para guardar alimentos trazidos pela família e água para beber enquanto ficam trancados à noite; e uma espécie de prateleira utilizada para guardar no mesmo espaço as roupas, alimentos e produtos de higiene pessoal e limpeza. Os internos de cada suíte são responsáveis pela limpeza dos quartos e banheiros, cujos espelhos estavam quebrados.

[...]

Foi constatado descaso com a manutenção e limpeza das dependências da instituição. Todos os ambientes estavam sujos, com odor forte e mal conservados. O descaso no alojamento dos internos se estende ao alojamento dos monitores. Havia várias suítes desativadas ou servindo como depósito de materiais descartados. Na inspeção, foram visualizadas fezes de ratos, muito entulho e sujeira. Corredores, escadarias e demais áreas comuns de ambos os blocos também estavam sujos. (MT 02 – Solares – Chapada dos Guimarães)

“

Em relação aos quartos, também foi possível verificar que estavam relativamente arrumados, mas, em alguns deles, sentia-se o cheiro de mofo e urina. Não havia privacidade alguma quanto à guarda de pertences. Ficam expostos em prateleiras e as “residentes” não podem ter malas, maquiagem, entre outros. (PE 02 – Reviver – Paudalho)

Outro aspecto que traz preocupação diz respeito à falta de segurança nas instalações elétricas, muitas vezes organizadas de forma amadora, indicando a precariedade da estrutura oferecida.

“

A telha é de zinco, o que aumenta a sensação de calor. Foram observados buracos em algumas paredes. A instalação elétrica da instituição é improvisada (“gato”). Há fiação elétrica exposta em alguns ambientes e os fios condutores são externos. Não existem extintores de incêndio nas dependências da CT. Algumas internas informaram que houve uma situação de curto-circuito. Afirmam que o banho não pode ser demorado devido ao risco de o problema acontecer novamente. Os pertences pessoais das internas ficam em nichos feitos nas paredes dos quartos, sem qualquer tipo de fechamento ou privacidade. [...] Há apenas um chuveiro para o banho de 20 internas e das funcionárias. (MG 03 – Fazenda Vitória – Lagoa Santa)

“

A maior reclamação dos internos em termos de infraestrutura refere-se à falta de higiene do único banheiro do local. O tempo do banho é controlado, não podendo ultrapassar cinco minutos. (MG 09 – Terra Santa – Betim)

A situação das áreas de convivência, igualmente, varia bastante. Há desde casos de CTs mais estruturadas até casos em que o local de internação é basicamente uma casa, não havendo espaços específicos para atividades – em franco descumprimento da normativa da Anvisa.

“

Não existem salas de atendimento exclusivo para conversa mais sigilosa e os atendimentos em grupos são realizados em uma varanda, onde também funciona o refeitório. Os

espaços destinados aos profissionais também são precários. A secretaria encontra-se em um ambiente externo sendo que estes profissionais dividem os quartos, quando em plantão, com as usuárias do serviço. O local no qual a psicóloga faz o atendimento é improvisado, consistindo num telhado amparado por suportes de madeira no terreiro da CT. Não foi verificado espaço de castigo, porém, as janelas dos quartos possuem grades, instaladas de forma “grosseira”. (MG 03 – Fazenda Vitória – Lagoa Santa)

A escassez de áreas para práticas de atividades educativas e desportivas é um padrão que ratifica a percepção de que as comunidades terapêuticas vistoriadas não oferecem possibilidades de melhoria da saúde e de formulação de novos projetos de vida, apresentando, no lugar disso, propostas de tratamento baseadas unicamente na reclusão, isolamento e abstinência, como vem sendo descrito ao longo deste relatório.

4.9 Controle externo: fiscalização deficiente

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

O órgão de fiscalização mencionado com mais frequência foi a Vigilância Sanitária, o que é compreensível dada a publicação, em 2011, de normativa aplicável a tais espaços. Houve também menções ao Corpo de Bombeiros e ao Ministério Público, em menor número.

Órgãos fiscalizadores mencionados:	Vigilância Sanitária
	Ministério Público Estadual
	Justiça Estadual
	Conselho Tutelar
	Corpo de Bombeiros
	Órgãos municipais, estaduais e federal ligados a políticas sobre drogas

Porém, em diversos relatórios, ficou evidente que a realização de fiscalizações dificilmente redunda em demandas por ações. Nos casos em que há relatos de

fiscalização, gera estranhamento a falta de referências à adoção de medidas pelos órgãos competentes, tendo em vista as irregularidades encontradas nas instituições. A título de exemplo, durante a inspeção na CT Recomeço, no Mato Grosso, chegou à instituição uma equipe multidisciplinar do Ministério Público de Várzea Grande, que tem ciência da internação de adolescentes naquele espaço e vem acompanhando alguns casos. O grupo, porém, passou pelo local sem que nenhuma ação fosse anunciada para sanar as irregularidades ali presenciadas.

4.10 Recursos Financeiros

4.10.1 Origens dos recursos públicos

Do total de 28 comunidades terapêuticas inspecionadas, 18 recebem algum tipo de recurso ou doação de órgãos públicos nas esferas municipal, estadual ou federal, o que denota a progressiva entrada das comunidades terapêuticas no rol de entidades que prestam serviços ao poder público.

As inspeções ratificam a informação de que é prioritariamente por meio de recursos destinados a políticas sobre drogas que as comunidades terapêuticas vêm acessando recursos federais.

Os relatos sobre fontes orçamentárias de origem estadual e municipal, no entanto, tornam mais complexo esse quadro de destinação de verbas públicas a essas comunidades terapêuticas.

De acordo com as vistorias realizadas, há recursos públicos provenientes de órgãos responsáveis pela gestão das políticas sobre drogas nas CTs de Minas Gerais, Rondônia¹⁹ e do Distrito Federal²⁰. No caso de Minas Gerais, houve informações de recursos também via secretarias de Saúde e de Desenvolvimento Social²¹. Na Paraíba, encontrou-se caso no qual a CT não recebia recursos diretamente, mas subvenção ao ser eximida de conta de água pelo governo do estado.

19 Superintendência de Estado de Políticas sobre Drogas (Sepoad) de Rondônia.

20 Conselho de Políticas sobre Drogas do Distrito Federal (Conen/DF) e Governo do Distrito Federal foram citados pelas comunidades terapêuticas do DF e Goiás, respectivamente.

21 Cartão Aliança para a Vida, da Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG); Secretaria de Estado de Trabalho e Desenvolvimento Social (Sedese); Subsecretaria de Políticas sobre Drogas (Supod), da Secretaria de Estado de Segurança Pública (Sesp).

As informações sobre recursos municipais são mais difusas. Entre as dez comunidades que afirmaram receber recursos dessa instância:

- cinco não especificaram a origem;
- duas recebem doações (de alimentos, de terreno e de energia). Uma delas afirmou que a prefeitura custeava o trabalho de uma profissional de enfermagem;
- três afirmaram receber recursos relativos às internações compulsórias, demonstrando que os juízes determinam que os municípios custeiem a permanência dos internos.

Conforme os relatórios das inspeções apontam e, novamente, sem pretender que os trechos aqui reproduzidos deem conta de todas as questões ali levantadas, tem-se os seguintes exemplos:

“ A instituição tinha convênio com prefeituras, recebendo pessoas de diversas cidades do estado de São Paulo, assim como de outros estados. A direção não sabia informar quantas pessoas estavam internadas sob financiamento público, o montante total recebido das prefeituras e também desconhecia se a administração possuía algum registro desses valores. Em relação à mensalidade, cada prefeitura pagava um valor diferente. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

“ Registra-se nos documentos entregues que a entidade recebe financiamento público para a manutenção de seis vagas via convênio com a Senad pelo programa “Crack É Possível Vencer”. Além disso, recebe doações e eventualmente algumas vagas são custeadas por familiares, mas no momento da inspeção esse não era o caso de nenhuma interna. [...] Há venda de pães, doces e bolos confeccionados por voluntárias e acolhidas, bem como de outros itens de produção artesanal, que são distribuídos localmente e também para outras regiões por meio da sede em São Paulo. (SC 01 – Fazenda da Esperança – Florianópolis)

“ A CT recebe ajuda financeira de alguns órgãos públicos. Por exemplo, da prefeitura de Campina Grande recebe custeio para a conta de energia mensal e também valor referente ao pagamento da profissional de enfermagem, de um salário mínimo. Já o governo do estado fica responsável pela conta da empresa de abastecimento de água. Destacamos que o terreno onde funciona a instituição também foi uma doação da prefeitura, via convênio, no ano de 2002. (PB 01 – Fazenda do Sol – Campina Grande)

“

No cenário de profundas diferenças de formalização entre as comunidades terapêuticas visitadas, há ainda as que não possuem documentação alguma e sobrevivem de doações e da cobrança dos internos. A instituição não possui um único documento. A missionária e diretora afirmou que está providenciando a documentação e a construção do regimento interno. A instituição se mantém com as poucas doações de internos e/ou de seus familiares e da renda pessoal da missionária. A diretora esclareceu que para o adequado funcionamento da instituição cada interno deveria contribuir com R\$ 680,00. Entretanto, atualmente, são poucos os internos que contribuem com alguma coisa e o valor gira em torno de R\$ 300,00. (RN 02 – Dorcas – São José de Mipibu)

O instrumento de contratação utilizado pelas prefeituras para o repasse de recursos é o convênio. Os valores são diferentes daqueles pagos pelos indivíduos ou famílias. Não é possível afirmar, por meio dos relatórios, de quais secretarias os recursos municipais são oriundos.

Por fim, houve menções a doações do Tribunal de Justiça do Goiás e da Novacap – uma autarquia do Distrito Federal – à comunidade terapêutica inspecionada em Goiás.

Pelo exposto, tem-se que a destinação de recursos públicos às comunidades terapêuticas visitadas é uma realidade. A inspeção nacional possibilitou a reunião de informações sobre as origens desses aportes financeiros e a identificação do papel que vem sendo cumprido, nesse tema, pelas administrações estaduais e municipais.

Ainda que haja, em alguns casos, previsões legais, pelo aqui exposto, questiona-se a capacidade de as comunidades terapêuticas prestarem serviços que possam ser referendados pelo Estado a título de política pública. Além disso, pergunta-se se as CTs são capazes de fazê-lo de maneira a respeitar as linhas gerais das políticas voltadas à saúde de populações específicas como a de pessoas com deficiência, crianças e adolescentes, entre outros. Ao fim e ao cabo, o financiamento indiscriminado de instituições dessa natureza resulta na destinação de recursos públicos a locais onde foram identificadas violações de direitos humanos.

Qualquer destinação de recursos públicos precisaria estar acompanhada de fiscalização e monitoramento das práticas desenvolvidas pelos destinatários desses recursos, o que não se identificou nas vistorias feitas por esta Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Por fim, ao se destinar recursos para instituições com perfil de comunidades terapêuticas, deixa-se de fomentar outras iniciativas, mais coerentes com as normas e regras da saúde pública.

4.10.2 Volumes de recursos

As informações sobre valores recebidos pelas comunidades terapêuticas por entes públicos e privados foram solicitadas durante as inspeções, mas em geral as respostas foram pouco específicas. Ainda assim, os dados compilados pelas inspeções oferecem elementos para um panorama parcial de montantes de recursos destinados a esses estabelecimentos.

“ A comunidade terapêutica recebe, mensalmente, financiamento público proveniente da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) no valor de R\$ 10 mil e da Superintendência de Políticas sobre Drogas do Estado de Minas Gerais (Supod) no valor de R\$ 12,5 mil. Além das doações e pagamentos dos familiares, de acordo com as possibilidades, no valor de R\$ 500,00 até R\$ 1.000,00 mês. (MG 06 – Nova Jerusalém – Uberaba)

“ O financiamento da unidade se dá por meio de dois convênios públicos. Um deles, com o Governo do Distrito Federal, por meio do Conselho de Política sobre Drogas do Distrito Federal (Conen/DF), que financia 50 vagas. O outro convênio, feito com a Senad do Governo Federal, financia 28 vagas. Para cada vaga são repassados R\$ 1.000,00. Não há cobrança dos acolhidos nem de suas famílias; todo o serviço é gratuito. Algumas famílias doam recursos, mas não há mensalidade. (DF 01 – Caverna do Adulão – Planaltina)

“ As internações são custeadas, segundo relato do coordenador da CT, pelos familiares dos internos, quando em caso de internação involuntária. Segundo o coordenador o valor da mensalidade varia entre R\$ 1.000,00 a R\$ 1.800,00. Nos casos de internações compulsórias, via de regra, há uma determinação judicial para que seja bloqueado um montante de recursos públicos suficientes ao custeio do tratamento, com identificação da entidade para onde deve ser dirigido o adolescente. A CT Recomeço recebeu, em período inferior a dois meses R\$51,4 mil. (MT 01 – Recomeço – Cuiabá)

“ A capacidade de acolhimento é de 36 vagas, assim distribuídas: 10 via Senad, 15 via Cartão Aliança (não têm recebido) e 11 vagas sociais. Atualmente, há 17 vagas ocupadas, todas voluntárias. A comunidade terapêutica recebe recursos da Prefeitura Municipal de Uberlândia, uma subvenção no valor anual de R\$ 87.684,00. Da Senad, recebe valor anual de R\$ 120 mil. (MG 01 - Nova Criatura - Uberlândia)

“ De acordo com informações da direção, a comunidade terapêutica recebe recursos públicos do governo federal, por meio da Senad, do governo estadual, pelo Programa Aliança

pela Vida, e algumas pessoas privadas de liberdade pagam mensalidade para ficar internadas. No entanto, durante a entrevista, o diretor foi bastante evasivo ao responder as questões relacionadas à forma de financiamento, muitas vezes alegando que ele não possuía esse tipo de informação ou fornecia respostas contraditórias. Ou seja, nenhuma informação “segura” nos foi fornecida nesse sentido [...] Foram solicitadas cópias de convênios e ele alegou que tais documentos ficavam no escritório da comunidade terapêutica e que não teria acesso a tais informações naquele momento. (MG 09 – Terra Santa – Betim)

O financiamento público das comunidades terapêuticas vem sendo objeto de intensos debates, como apontamos nos textos introdutórios deste documento. Há questionamentos em termos da adequação do tipo de cuidado oferecido, suas bases teóricas e eficácia do tratamento, bem como os horizontes das políticas sobre drogas e de saúde mental em geral. Ao serem incorporadas às redes de atenção à saúde mental, essas instituições precisariam, portanto, atender a uma série de normas e padrões aos quais os serviços públicos estão submetidos. Nesse contexto, o recebimento de recursos estatais e a incorporação desses espaços como mecanismos de saúde pública são temas que merecem atenção e cuidado – tarefa que requer permanente olhar dos órgãos de fiscalização e controle.

Apesar de parciais, as informações levantadas permitem apontar sinais de descompasso entre valores recebidos e a oferta de serviços, tanto de recursos oriundos de entes privados quanto do poder público. Esse descompasso se torna mais visível se levarmos em conta que boa parte do trabalho de manutenção dos espaços – incluindo limpeza, preparação de alimentos, segurança, entre outros – é feito pelos próprios internos, e que parte considerável do trabalho de cuidado e supervisão é realizado por monitores e voluntários, cuja precária situação em termos trabalhistas já foi apresentada nas páginas anteriores.

4.10.3 Mulheres forçadas a pedir doações em lugares públicos

Por fim, em relação a recursos, identificou-se caso no qual mulheres privadas de liberdade relataram ser obrigadas a pedir donativos para a comunidade terapêutica em lugares públicos, uniformizadas. Elas afirmaram se sentir constrangidas em sua dignidade com tal obrigação. Algumas ressaltaram que a camiseta as constrangia, visto que permitia que fossem facilmente identificadas como usuárias de álcool e outras drogas – situação caracterizada como humilhante.

“

As mulheres são obrigadas a passar o dia no centro urbano de Lagoa Santa, vestidas com a camiseta da comunidade terapêutica, geralmente em duplas, para solicitar doações, nas portas de supermercados, padarias e outros comércios. A prática demonstra que elas são expostas à situação de mendicância. Nesse sentido, várias das entrevistadas disseram se sentir humilhadas. Uma delas disse: “Criei meus filhos sem precisar pedir nada para ninguém, agora, nessa altura da minha vida, sou obrigada a me humilhar, mendigando na porta do supermercado”. (MG 03 – Fazenda Vitória – Lagoa Santa)

Essa situação, além da patente afronta à dignidade humana, fere especificamente a Lei da Reforma Psiquiátrica, que reafirma os direitos de as pessoas com transtornos mentais serem tratadas com humanidade e respeito, no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, e que sejam protegidas contra qualquer forma de abuso e exploração (Lei nº 10.216/2001, artigo 2º, parágrafo único, incisos II e III).

**ANEXO I. RELAÇÃO DAS
COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS
INSPECIONADAS**

ANEXO I – Relação das Comunidades Terapêuticas Inspecionadas

Nome/Endereço	Data	Instituições participantes
Caverna do Adulão Núcleo Rural Córrego do Atoleiro, Chácara 11-A, Planaltina/DF	17/out	Conselho Federal de Psicologia (CFP); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT); Ministério Público Federal no Distrito Federal (MPF/DF); Rede Nacional de Advogados e Advogadas Populares (Renap); Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal (Renila – Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial)
Salve a Si Gleba nº 9, Fazenda Salve a Si, Cidade Ocidental/GO	16/out	Conselho Federal de Psicologia (CFP); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT); Ministério Público Federal no Distrito Federal (MPF/DF); Rede Nacional de Advogados e Advogadas Populares; Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal (Renila)
Associação Nova Criatura Rua Nacir Mendes Lima, nº 265, Bairro Morada Nova, Uberlândia/MG	18/out	Ministério Público Federal em Minas Gerais (MPF/MG); Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região (CRP-04); Conselho Regional de Serviço Social-MG (Cress/MG)
Esquadrão da Vida (Sede Administrativa) Rua Angélica Caldeira Brant, 166 – João Gordo, Montes Claros/MG	16/out	Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região (CRP-04); Conselho Regional de Serviço Social-MG (Cress/MG)
Fazenda Vitória Gleba 45 do Bairro Palmital III, Lagoa Santa/MG	16/out	Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região (CRP-04); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT); Ministério Público Federal em Minas Gerais (MPF/MG); Conselho Regional de Serviço Social-MG (Cress/MG)
Jovem Maanaim Rodovia BR-354, km 762 – Sobradinho, Itamonte/MG (Sede)	16/out	Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região (CRP-04); Comissão de Direitos Humanos Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região (CRP-04); Ministério Público Federal em Minas Gerais (MPF/MG); Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM - Renila) OBS.: Possui quatro unidades, todas visitadas na inspeção.

Nome/Endereço	Data	Instituições participantes
Jovem Peniel Piedade de Paraopeba, distrito de Suzana, Brumadinho/MG	16/out	Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região (CRP-04); Ministério Público Federal em Minas Gerais (MPF/MG); Conselho Regional de Serviço Social-MG (Cress/MG); Sindicato dos Psicólogos de Minas Gerais (PSIND-MG)
Nova Jerusalém BR-262 km 794 – Parque das Gameleiras, núcleo rural Uberaba/MG	17/out	Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região (CRP-04); Ministério Público Federal em Minas Gerais (MPF/MG)
Casa de Recuperação Renascer BR-265, sem número, zona rural do município de São João Del Rei/MG	17/out	Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região (CRP-04); Ministério Público Federal em Minas Gerais (MPF/MG); Instituto DH: Promoção, Pesquisa e Intervenção em Direitos Humanos e Cidadania; representante de movimentos sociais da região
Casa de Resgate Emanuel Rodovia BR-146, km 45, s/n, em Bandeira do Sul, município contíguo a Poços de Caldas/MG	17/out	Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região (CRP-04); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT); Ministério Público Federal em Minas Gerais (MPF/MG); Conselho Regional de Serviço Social-MG (Cress/MG)
Terra Santa Alameda dos Limoeiros, nº 232, no bairro Citrolândia, Betim/MG	16/out	Ministério Público Federal em Minas Gerais (MPF/MG); Frente Mineira sobre Drogas e Direitos Humanos (FMDDH); Conselho Regional de Serviço Social-MG (Cress/MG); Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região (CRP-04)
Recomeço Balneário Letícia, km 12, na região do Coxipó do Ouro, Cuiabá/MT	17/out	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC/MPF); Ministério Público Federal em Minas Gerais (MPF/MG); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT); Conselho Federal de Psicologia (CFP); Conselho Regional de Psicologia de Mato Grosso (Conselho Regional de Psicologia da 18ª Região (CRP-18); Secretaria de Justiça e Direitos Humanos do Mato Grosso (SJDH/MT)

Nome/Endereço	Data	Instituições participantes
Solares Rodovia Emanuel Pinheiro, km 64, distrito Aldeia Velha, Chapada dos Guimarães/MT	16/out	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC); Ministério Público Federal no Mato Grosso (MPF/MT); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT); Conselho Federal de Psicologia (CFP); Conselho Regional de Psicologia de Mato Grosso (Conselho Regional de Psicologia da 18ª Região (CRP-18)); Secretaria de Justiça e Direitos Humanos/MT
Fazenda Embrião Ramal no km 91 na estrada entre a cidade de Castanhal e São Francisco, e Av. Senador Lemos 266- Centro Castanhal/PA	16/out	Conselho Regional de Psicologia da 10ª Região (CRP-10); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT); Ministério Público Federal em PA; Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Pará (OAB-PA); Movimento de Luta Antimanicomial do Pará (Renila)
Fazenda Esperança Rodovia PA-409 – km 05, Estrada para Beja, bairro Jarumã, Abaetetuba/PA	16/out	Conselho Regional de Psicologia da 10ª Região (CRP-10); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT); Ministério Público Federal no Pará (MPF/PA); Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Pará (OAB-PA); Movimento de Luta Antimanicomial do Pará (Renila)
Fazenda do Sol (Assoc. Solidariedade Obleção e Liberdade) BR-230, entre as cidades de João Pessoa e Campina Grande / Av. Brasil, 320 – Nações, Campina Grande/ PB	16/out	Ministério Público Federal na Paraíba (MPF/PB); Defensoria Pública da Paraíba (DP/PB); Conselho Regional de Psicologia da 13ª Região (CRP-13); Conselho Estadual de Direitos Humanos da Paraíba (CEDH-PB); Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Clínica Ama Sítio Ipiranga , S/N Conde/ PB	17/out	Ministério Público Federal na Paraíba (MPF/PB); Conselho Regional de Psicologia da 13ª Região (CRP-13); Defensoria Pública da Paraíba (DP/PB); Conselho Estadual de Direitos Humanos da Paraíba (CEDH-PB); UFPB; Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Paraíba (OAB-PB)

Nome/Endereço	Data	Instituições participantes
Novo Tempo Rua Juripiranga, S/N; loteamento Jardim Paraíso, Sítio dos Marcos, Igarassu/PE	16/out	Conselho Federal de Psicologia (CFP); Conselho Regional de Psicologia da 2ª Região (CRP-02); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT); Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura (MEPCT); Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco (Coren-PE); Conselho Regional de Serviço Social de Pernambuco (Cress-PE); Gabinete de Assessoria Jurídica das Organizações Populares (Gajop); Gerência de Saúde Mental de Pernambuco (Gasam/PE); Ministério Público Federal em Pernambuco (MPF-PE)
Reviver Estrada de Aldeia, km 14, Rua Projetada, 02 ST 601, s/n lote 8, Recanto Cazuarias, Paudalho/PE	16/out	Conselho Regional de Psicologia da 2ª Região (CRP-02); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT); Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura (MEPCT); Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco (Coren-PE); Conselho Regional de Serviço Social de Pernambuco (Cress-PE); Conselho Regional de Farmácia/PE (CRF-PE); Movimento Despatologiza; Ministério Público Federal em Pernambuco (MPF-PE)
Crisameta Rua Boa Esperança, 8, Bairro Paraíso, Nova Iguaçu/RJ	16/out	Conselho Regional de Psicologia da 5ª Região (CRP-05); Ministério Público Federal no Rio de Janeiro (MPF/RJ)
Jovem Ebenezer Rua Vinte e Quatro, 21, Campo Limpo – Seropédica/RJ	16/out	Conselho Regional de Psicologia da 5ª Região (CRP-05); Ministério Público Federal no Rio de Janeiro (MPF/RJ)
Cerena Av. Dr. Severiano Lopes da Silva, 147, Povoado de Lagoa do Bonfim, Nísia Floresta/RN	16/out	Conselho Regional de Psicologia da 17ª Região (CRP-17); Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CNDH-CFP); Ministério Público Federal no Rio Grande do Norte (MPF-RN)
Dorcas Rua Cajazeiras dos Rolins, 200 – Taborda – São Jose do Mipibu/RN	17/out	Conselho Regional de Psicologia da 17ª Região (CRP-17); Conselho Federal de Psicologia (CFP); Ministério Público Federal no Rio Grande do Norte (MPF-RN)

Nome/Endereço	Data	Instituições participantes
Nossa Senhora Aparecida Rua Marechal Deodoro, nº 1233 – bairro Areal, Porto Velho/RO	17/out	Conselho Regional de Psicologia da 20ª Região (CRP-20); Conselho Federal de Psicologia (CFP); Conselho Estadual de Direitos Humanos de Rondônia (CEDH-RO); Ministério Público Federal em Rondônia (MPF-RO)
Porto da Esperança BR-364 km 28 no município de Candeias do Jamari/RO	16/out	Conselho Regional de Psicologia da 20ª Região (CRP-20); Conselho Federal de Psicologia (CFP); Conselho Estadual de Direitos Humanos de Rondônia (CEDH-RO); Defensoria Pública da União (DPU); Defensoria Pública de Rondônia (DP/RO); Ministério Público Federal em Rondônia (MPF-RO)
Fazenda Esperança Rua Rosa, 1764 – Pantanal do município de Florianópolis/SC	16/out	Conselho Regional de Psicologia da 12ª Região (CRP-12); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT); Ministério Público Federal em Santa Catarina (MPF-SC); Pró-comitê de Prevenção e Combate à Tortura de Santa Catarina
Recanto da Paz Estrada Municipal, s/n, Bairro Pires, Chácara Oscar Potech, Limeira/SP	16/out	Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (CRP-06); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT); Ministério Público Federal de São Paulo (MPF-SP); Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DP-SP); Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp); Conselho de Direitos Humanos do Município de Limeira
Recanto Vida Nova Rua Lázaro Balduino de Camargo, nº 250, bairro Sebandilha, zona rural de Mairinque/SP	17/out	Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (CRP-06); Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CNDH-CFP); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT); Ministério Público Federal de São Paulo (MPF-SP); Cremesp; Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DP-SP); Loucos pelo Mundo; Fórum de Luta Antimanicomial de Sorocaba (Flamas)

ANEXO

II. PARTICIPANTES DAS INSPEÇÕES

ANEXO II – PARTICIPANTES DAS INSPEÇÕES

	NOME	INSTITUIÇÃO
DF/GO	Paulo Roberto Martins Maldos	Conselho Federal de Psicologia (CFP)
	Rafael Barreto de Sousa Ana Cláudia Nery Camuri	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)
	<i>Membros:</i> Marcia Brandão Zollinger Eliana Pires Rocha	Ministério Público Federal (MPF)
	Denise da Veiga Alves	Rede Nacional de Advogadas e Advogados Populares (Renap)
	Vivianni Gama Jaqueline Marques	Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal - núcleo da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila)
	Fábio Levino de Oliveira	Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos da Defensoria Pública do Distrito Federal
MG	Odila Maria Fernandes Braga Felipe Viegas Tameirão Ernane Maciel Mariana Lúcia Ferreira Waldomiro Salles Eriane Sueley de Souza Pimenta Délcio Fernando Guimarães Pereira Vanessa Maria de Almeida Flávia Santana da Silva Helena Abreu Paiva Cláudia Regina Ferreira de Carvalho Dias Filippe de Mello Lopes Angelaine Alves dos Santos Letícia Gonçalves Yghor Queiroz Gomes Claudia Natividade	Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região (CRP-04)
	Ana Lúcia Martins Kamimura Priscilla Victória Rodrigues Fraga Sarah Edneli Leite Ferreira Denise de Cássia Cunha Andressa Almeida F. Alves Natália Darck	Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais (Cress)

	NOME	INSTITUIÇÃO
MG	<i>Membros:</i> Daniela Batista Ribeiro Edmundo Antônio Dias Netto Junior Felipe Augusto de Barros C. Pinto Frederico Pellucci Helder Magno da Silva Leonardo Andrade Macedo Lucas de Moraes Gualtieri Ludmila Junqueira Duarte Oliveira	Ministério Público Federal (MPF)
	<i>Apoio técnico:</i> Afonso Vitor Fleury Teixeira Bianca Rabelo De Melo Meire Ferreira Caetano Dias Raquel Portugal Nunes Rogerio Borsaro Monteiro Wilson Bernardino de Macedo Neto	
	Fernanda Machado Givisiez	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)
	Lourdes Aparecida Machado	Sindicato das/dos Psicólogas e Psicólogos (PSIND-MG)
	Isabella Cristina Barral Faria Lima	Instituto DH
	Fellipe Emanuel Dinalli	Movimentos sociais
	Ematuir Teles de Souza	Conselho Federal de Psicologia (CFP)
	Rosalina Martins Teixeira	Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM)/ Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila)
	Guilherme Fernandes de Melo	Frente Mineira sobre Drogas e Direitos Humanos (FMDDH)
MT	Morgana Moreira Moura	Conselho Regional de Psicologia da 18ª Região (CRP-18)
	Zeni Luersen	Comissão de Direitos Humanos e Políticas Públicas do Conselho Regional de Psicologia da 18ª Região (CRP-18)
	Rhegysmere Myriam Rondon Alves	Conselho Regional de Psicologia da 18ª Região (CRP-18)
	Marcos Antônio Julkovski	Superintendência de Políticas sobre Drogas
	<i>Membros:</i> Deborah Duprat Vinícius Alexandre Fortes de Barros	Ministério Público Federal (MPF)
	<i>Apoio técnico:</i> Márcia Caldas	
	Rogério Giannini	Conselho Federal de Psicologia (CFP)
PA	Lúcio Costa	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)
	Luiz Romano da Motta Araújo Neto Nara De Bastiani Paixão	Conselho Regional da 10ª Região (CRP-10)
	Esther Sousa	Movimento de Luta Antimanicomial – PA (Renila)

	NOME	INSTITUIÇÃO
PA	José Araújo Neto	Comissão de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Pará (OAB-PA)
	<i>Membro:</i> Felipe de Moura Palha e Silva <i>Apoio técnico:</i> Rafaela Ribeiro Mitre Helena Palmquist	Ministério Público Federal (MPF)
	Luz Arinda Barba Malves	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)
PB	Leandro Roque Leilane Cristina Oliveira Pereira Rebecka Wanderley Tannus Pollyana Calixto da Silva	Conselho Regional de Psicologia da 13ª Região (CRP-13)
	Maria dos Remédios Mendes Oliveira	Defensoria Pública do Estado/PB
	Guiany Campos Coutinho Luiz Nunes	Conselho Estadual de Direitos Humanos da Paraíba (CEDH-PB)
	João Bosco Francisco do Nascimento	Conselho Estadual de Direitos Humanos da Paraíba (CEDH-PB) e Pastoral Carcerária/PB
	<i>Membro:</i> José Godoy Bezerra de Souza <i>Apoio técnico:</i> Raíssa Félix de Souza	Ministério Público Federal (MPF)
	Olivia Almeida	Universidade Federal da Paraíba (UFPB) / Movimento da Luta Antimanicomial
	Daniel Adolpho Daltin Assis	Militante em Saúde Mental e Direitos Humanos
	Raphael Medeiros	Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Paraíba (OAB-PB)
PE	<i>Membros:</i> Duciran Van Marsen Farena Mona Lisa Duarte Abdo Azis Ismail	Ministério Público Federal (MPF)
	José Hermes Azevedo Júnior Priscilla Gadelha Moreira Ana Maria Christine Lima da Silva Maria da Conceição L. e Silva Vinícius Suares de Oliveira	Conselho Regional de Psicologia da 2ª Região (CRP-02)
	Luís Gustavo Magnata Silva Phillipe Gomes Ferreira de Oliveira Percio Negromonte de Oliveira Filho Eduardo Jorge de Menezes Correia Simone Figueirêdo Ferreira	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)
	Eline Barbosa da Nóbrega Ramos Maria Angélica de F. Teles	Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco (Coren)
	Márcia Maria Rodrigues de L. Cavalcanti	Conselho Regional de Serviço Social 4ª Região (Cress)
	José Maurício Almino	Conselho Regional de Farmácia

	NOME	INSTITUIÇÃO
PE	Patrícia de Oliveira Guimarães	Movimento Despatologiza
	Paulo Aguiar	Conselho Federal de Psicologia (CFP)
	Rita de Cássia Acioli Barbosa	Gerência de Saúde Mental do Estado (Gasam)
	Josimar Ferreira de Souza	Gabinete de Assessoria Jurídica às Organizações Populares (Gajop)
RJ	Diva Lúcia Gautério Conde Roberto Stern	Conselho Regional de Psicologia da 5ª Região (CRP-05)
	<i>Membros:</i> Ana Padilha de Oliveira Sérgio Gardengui Suiama	Ministério Público Federal (MPF)
	<i>Apoio técnico:</i> Viviane Magno Ribeiro	
	Roberta Priscilla Brasilino Barbosa	Conselho Federal de Psicologia (CFP)
RN	Daniela Bezerra Rodrigues Franklin Horácio Soares de Castro Fernanda Cavalcanti de Medeiros Alysson Zenildo Costa Alves Alex Reineck de Alverga Kaynelly Souza de Melo Bruno Carvalho Pereira	Conselho Regional de Psicologia da 17ª Região (CRP-17)
	<i>Membro:</i> Caroline Maciel da Costa Lima da Mata	Ministério Público Federal (MPF)
	Maria de Jesus Moura	Conselho Federal de Psicologia (CFP)
RO	Ana Cristina Silva Romão Anderson Júnior Ferreira Martins	Conselho Regional de Psicologia da 20ª Região (CRP-20)
	Thiago Soares Sitta	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)
	<i>Membros:</i> Daniela Lopes De Faria Raphael Luis Pereira Bevilaqua	Ministério Público Federal (MPF)
	<i>Apoio técnico:</i> Afonso Perea Monteiro Neto Aryanne Pereira De Freitas	
	Welmo Edson Nunes Rodrigues Ricardo da Silva Rodrigues	Defensoria Pública da União (DPU)
	Jureuda Duarte Guerra	Conselho Federal de Psicologia (CFP)
SC	Nasser Haidar Barbosa Lucila de Castro Neves Yara Maria Moreira de Faria Hornke	Conselho Regional de Psicologia da 12ª Região (CRP-12)
	Bárbara Coloniese Márcia Maia	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)
	<i>Membros:</i> Claudio Valentim Cristani Maurício Pessutto	Ministério Público Federal (MPF)

	NOME	INSTITUIÇÃO
SP	Adriellen Ribeiro	Conselho Municipal de Direitos Humanos de Limeira
	Carla Linarelli	Abraça Raps Campinas
	Catarina Pedroso	Psicóloga, especialista convidada.
	José de Ribamar Araújo e Silva	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)
	Christina Zeppini Ione Aparecida Xavier Karina Torri Delgado Livia Dalberto Mariana Satie Kitahara Reginaldo Branco da Silva Regiane Aparecida Piva Rodrigo Presotto	Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (CRP-06)
	Davi Quintanilha Azevedo Elaine Moraes Ruas Mariana Figueiredo Mathias Glens	Defensoria Pública
	<i>Membro:</i> Lisiane Cristina Braecher	Ministério Público Federal (MPF)
	<i>Apoio técnico:</i> Pedro Eduardo Kakitani Rodrigo Baptista Sepriano	
	Maria Orlene Daré	Conselho Federal de Psicologia (CFP)
	Mauro Crippa Júnior	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp)
	Sérgio Augusto Garcia	Fórum de Luta Antimanicomial de Sorocaba (Flamas)

ISBN 978 85 85208 79 5



9 780852 000795

