

CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA

NOTA TÉCNICA Nº 01 /2019

A presente Nota Técnica visa fornecer orientações aos promotores de justiça, no que tange à fiscalização do funcionamento das Comunidades Terapêuticas (CT) no Estado de Pernambuco.

Introdução

As comunidades terapêuticas, segundo Santos et al¹, representam um dos diversos modelos de atenção às pessoas dependentes de crack, álcool e outras drogas no Brasil, tendo sido difundidas por meio de iniciativas não governamentais que se organizam em residências coletivas temporárias, onde essas pessoas permanecem isoladas de suas relações sociais prévias, com o propósito de renunciarem definitivamente ao uso de drogas e adotarem novos estilos de vida, pautados na abstinência. Nesses serviços, os indivíduos

submetem-se a uma rotina disciplinada, que abrange atividades de trabalho e práticas espirituais e/ou religiosas, além de terapias psicológicas, reuniões de grupo de ajuda mútua, entre outras, dependendo dos recursos financeiros e humanos à disposição de cada CT (p. 8).

Segundo Costa² (2009), durante muitos anos as comunidades terapêuticas supriram o vazio assistencial deixado pelo poder público no que tange à atenção aos indivíduos com dependência química, constituindo-se, ao longo dos anos, em alternativa quase exclusiva para aqueles que tivessem interesse no tratamento. No entanto, esses serviços funcionam de modo controverso por diversas razões, sendo algumas delas: confinamento dos usuários como requisito para acolhimento; sua vinculação a instituições religiosas (precipuamente evangélicas); ausência de profissionais de saúde no acompanhamento dos usuários; estruturas precárias de funcionamento; violação de direitos humanos, entre outros³.

Ligadas à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), as comunidades terapêuticas são dispositivos “de caráter social”⁴, e só serão considerados

¹ Santos, MPG et al. Nota Técnica n. 21: Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Brasília: IPEA-Ministério do Planejamento Desenvolvimento e Gestão, 2017.

² COSTA, S. F. As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%20CDCAS%20P%20DABLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%20CAUTICAS-COM%20REVIS%20C3O%20DO%20AUTOR.pdf>. Acesso em: 04 set 2018.

³ Santos et. al, 2017. Nota Técnica n. 21: Perfil da Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Brasília: Ministério do Planejamento Desenvolvimento e Gestão, IPEA, 2017

⁴ ANVISA. Nota Técnica sobre a RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Esclarecimentos e orientações

CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA

serviços ou ambientes médicos se cumprirem com os requisitos básicos para tal, enquadrando-se nas especificações descritas na Resolução nº 2057/13, do Conselho Federal de Medicina, conforme se vê abaixo:

Art. 15. São serviços de assistência médica: hospitais gerais ou especializados, serviços hospitalares de urgência e de emergência médicas, serviços que pratiquem hospitalização de qualquer natureza, unidades básicas de saúde, centros de saúde, ambulatórios gerais e especializados, consultórios médicos institucionais, de pessoas jurídicas ou de pessoas físicas individuais, bem como serviços com características peculiares, como os postos de Saúde da Família, os centros de atenção psicossocial (Caps), serviços médicos comunitários, serviços de diagnóstico médico e serviços de perícia médica.

Esse instrumento normativo também define o que são ambientes médicos:

Art. 16. Ambiente médico é aquele no qual se exija a presença de médico para definição de diagnóstico, terapêutica e estratégia de reabilitação, alcançando também aqueles onde se executam os ditos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação, com ou sem a permanência do paciente nas dependências do serviço, bem como a execução de atos periciais

Portanto, as comunidades terapêuticas não são, a princípio, serviços ou ambientes médicos, mas assumindo tal característica são obrigadas a ter em seu quadro o profissional médico. Esse entendimento fica mais claro no art. 28, § 2º da Resolução 2056/13 do CFM, onde se lê 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 (...)(art. 28, §2º).

Nesse mesmo entendimento caminha a RDC 29/11, da ANVISA, que diferencia as comunidades terapêuticas médicas daquelas não médicas, determinando que é vedada “a admissão de pessoas cuja situação requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição”. Portanto, nessa perspectiva, as comunidades terapêuticas não médicas não podem admitir pessoas com indicação de internamento involuntário ou compulsório. Segundo entendimento do CFM (Parecer 09/15, CFM, p. 14-15)⁵, tal proibição consiste no fato de que, nesses casos, é obrigatória a presença do

sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.

⁵ Parecer CFM 09/15, emitido em 26 de fevereiro de 2015. Ementa: os médicos, notadamente os psiquiatras, devem obedecer às Leis nºs 10.216/01, 12.842/13 e ao disposto nas Resoluções CFM nºs 2.056 e 2.057, de novembro de 2013, que estabelecem as regras para o atendimento em ambientes médicos seguros para a assistência aos doentes mentais, dentre eles os dependentes químicos. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2015/9>. Acesso em: 20 fev 2019.

CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA

médico “a qualquer momento para responder as necessidades dos doentes e sobre a condição de involuntariedade da internação do paciente”.

Ainda a recente Portaria Interministerial nº 02/17, que institui Comitê Gestor Interministerial, como espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade, refere-se às comunidades terapêuticas como

entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizam gratuitamente o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário (art. 6º, § 1º).

A Portaria acima referida, portanto, reforça a compreensão de que as comunidades terapêuticas não são ambientes médicos, visto que só podem acolher pessoas em caráter “exclusivamente voluntário”.

A Resolução nº 01/2015, do Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD), por seu turno, separa as comunidades terapêuticas das entidades que oferecem serviços assistenciais de saúde ou executam procedimentos de natureza clínica distintos dos serviços previstos na Resolução: “não serão consideradas comunidades terapêuticas e deverão, neste caso, observar as normas sanitárias e os protocolos relativos a estabelecimentos de saúde” (Art. 2º, § 1º). Vê-se, pois, que a própria Resolução nº 01/2015 excluiu do escopo de sua regulamentação aquelas comunidades terapêuticas de caráter médico, as quais devem se enquadrar, tanto nas normas sanitárias vigentes quanto nas resoluções, normativas e protocolos do Conselho Federal de Medicina.

Em que pese tais considerações, as comunidades terapêuticas foram incluídas na Rede de Atenção psicossocial (RAPS) do SUS (Portaria 3088/11⁶, revisada pela Portaria 3588/17)⁷, como serviço de “atenção residencial de caráter transitório”, sendo consideradas

serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Portaria GM MS

⁶ Portaria MS-GM 3588/17. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.A

⁷ Portaria MS-GM 3088/11. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: . Acesso em: 2 <http://www.conass.org.br/ci-n88-republicada-a-portaria-gm-n3088-que-institui-a-rede-de-atencao-psicossocial-para-pessoas-com-sofrimento-ou-transtorno-mental/6> fev 2019.

CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA

3088/11, Art. 9º, II).

Apesar de compor a RAPS, o perfil das comunidades terapêuticas é bastante divergente do que preconiza a Política Nacional de Saúde Mental, cuja base de fundamentação é a Lei Federal nº 10.216/01⁸. Para o fim a que este documento se propõe, destacam-se as seguintes diretrizes dessa política:

- I – respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II – combate a estigmas e preconceitos;
- III – garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- IV – atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- V – diversificação das estratégias de cuidado;
- VI – desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VII – ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- VIII – desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Desse modo, é cabido esclarecer que a Portaria nº 3088/11, ao mencionar no art. 9º as comunidades terapêuticas, as obriga a se enquadrarem nos ditames da Lei nº 10.216/01, da própria portaria 3088/11, alterada pela Portaria 3588/17, bem como, no que se refere a Pernambuco, da Lei Estadual 11.064/94, que dispõe sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências.

Ou seja, as comunidades terapêuticas, uma vez incorporadas à RAPS, deverão acolher apenas pessoas adultas e funcionar estrategicamente articuladas à rede de atenção básica do território de origem do usuário, bem como aos CAPS, que deverão ser os responsáveis pela indicação do acolhimento e coordenar o seguimento do cuidado. Aliás, essa necessária articulação com os CAPS constitui importante característica do funcionamento do serviço residencial de caráter transitório, pois aos CAPS cabe acompanhamento do cuidado e participação ativa na articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Em Pernambuco, as comunidades terapêuticas não são destinatárias, até o presente momento, de recursos financeiros ou qualquer outro tipo de incentivo das secretarias estadual ou municipais de saúde. A maior parte dos recursos públicos

⁸ Lei 10216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 07 fev 2019.

**CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA**

destinados a essas entidades provêm, exclusivamente, do Ministério da Justiça e Segurança Pública, que sempre financiou, por meio do Fundo Nacional Sobre Drogas, vagas para acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPAs). Recentemente, com a publicação da Portaria Interministerial 02/2017, outros ministérios (dentre eles o Ministério da Saúde) passaram a destinar recursos ao Fundo Nacional Sobre Drogas, cuja destinação prioritária é o acolhimento de pessoas com transtorno decorrente de uso de substâncias psicoativas em serviços residenciais transitórios, especialmente as comunidades terapêuticas.

Antecipando-se à Lei 10.216/01, o Estado de Pernambuco priorizou a liberdade na atenção às pessoas com transtorno mental. Conforme a já mencionada Lei Estadual 11.064/94, ainda em vigor, a prioridade da política estadual devem ser os serviços territoriais e comunitários. De fato, essa Lei determina o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos do estado e a concomitante abertura dos serviços substitutivos. A Política Estadual de Saúde Mental, por seu turno, esclarece o alcance dessa assertiva, preconizando o respeito à autonomia e à liberdade da pessoa, incluindo aquelas com sofrimento psíquico e com problemas decorrentes do uso de drogas.

Nessa linha de raciocínio, destacamos a Nota Técnica emitida pelo CREMEPE, APEVISA e Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, resultante das deliberações da audiência realizada neste CAOP-Saúde/MPPE, no dia 19/10/15. Esse documento, que alude às diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, veda

a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares ou clínicas terapêuticas sem estrutura física e recursos humanos adequados, bem como sem um projeto terapêutico para este paciente devidamente registrado em documentação acessível a todos os órgãos de regulação cabíveis.

Conforme se observa, a importância dada nessa Nota Técnica à fiscalização do funcionamento, da estrutura física e recursos utilizados para o cuidado de pessoas dependentes de substâncias psicoativas demonstra elevada preocupação com a garantia dos direitos civis e humanos dessas pessoas. Ademais, essa Nota Técnica, reiteradas vezes, alude a princípios de produção da autonomia e inclusão social dos indivíduos com problemas associados à dependência de substâncias psicoativas. De igual maneira, a nota alerta para o fato de que as CTs devem seguir alguns parâmetros básicos de funcionamento, em especial a RDC 29/11, da ANVISA, que estabelece os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência; bem como a Resolução N° 01/2015⁹, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que regulamenta

⁹ Considerada o marco regulatório das Comunidades Terapêuticas como parte integrante do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad).

CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA

as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.

Destaque-se, ademais, que o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), consignado na Lei Federal nº 11.343/06¹⁰, estabelece entre seus princípios basilares “o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade” (Art. 4º, I). Complementarmente, o art. 22º dessa normativa define como princípios e diretrizes do SISNAD:

- I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, 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.

Internamento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas

No que se refere ao internamento de Crianças e adolescentes, o art. 98, *caput*, do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei 8.069/1990), reza que as medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que, por algumas razões especificadas nessa lei, os direitos reconhecidos no ECA forem ameaçados ou violados. E, posteriormente, o *caput* do art. 100 evoca, na aplicação de medidas, as necessidades pedagógicas das crianças e adolescentes, “preferindo-se aquelas que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários”. Em se tratando de uso prejudicial de álcool e outras drogas, no inciso VI do art. 101 vê-se a possibilidade de “inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos”. Isto é, programas que prezem pelos vínculos familiares e comunitários.

Vale ressaltar que o internamento de adolescentes em comunidades terapêuticas, especialmente se for involuntário, não tem respaldo no ECA, sendo essa uma prática

¹⁰ Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em 26 fev 2019.

CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA

repudiada, inclusive, pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Este, observando o preceito constitucional da prioridade absoluta da criança e do adolescente e sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, explicita as seguintes razões para sua oposição a essa prática:

- o cuidado com a saúde da criança e do adolescente deve se dar nos termos da Constituição Federal e da Lei;
- a criança e o adolescente têm direito à convivência familiar e comunitária e os cuidados com a sua saúde devem se dar em bases territoriais;
- a criança e o adolescente devem ter garantido o direito à educação e não devem ser afastados do sistema de ensino;(…)
- as instituições de atenção e cuidado destinados à criança e ao adolescente, financiadas com recursos públicos, devem seguir os parâmetros do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social (Ofício CONANDA n. 6006/2016)¹¹.

Ademais, qualquer medida de cuidados à saúde de crianças e adolescentes em situação de internamento não pode prescindir de um acompanhante responsável, sendo essa uma violação aos preceitos do ECA.

Portanto, como já mencionado, todos os recursos comunitários devem ser explorados e esgotados, segundo a Lei 10.216/01, não se concebendo que crianças e adolescentes sejam confinados em uma comunidade terapêutica, ou qualquer outro serviço residencial transitório com características asilares, pelo fato do gestor local não providenciar os recursos territoriais a que a legislação de saúde mental se refere.

Em geral, os adolescentes são internados em comunidades terapêuticas pela via judicial, sendo esse, logo de início, um grande entrave ao tratamento, face à natureza compulsória das medidas judiciais¹². E frequentemente não existe contato prévio do poder judiciário com o serviço, o que permitiria organizar o atendimento e definir previamente o processo de trabalho¹³.

Desse modo, fica evidente que a internação de adolescentes em comunidades terapêuticas, antes de se constituir numa medida adotada após exaurirem-se todas as estratégias de tratamento nos recursos comunitários, constitui uma solução mais fácil, diante de um vazio assistencial resultante da omissão dos gestores locais. Segundo

¹¹ Ofício nº 6006/2016/SEI/CONANDA/SNPDC, de 23 de maio de 2016. Disponível em em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Oficio-comunidades-terapeuticas-CONANDA-1.pdf>. Acesso em: 14 set 2019.

¹² 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.

¹³ WOERNER, C. B.. Serviço Social e Saúde Mental: atuação do assistente social em comunidade terapêutica. Contextos., Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 174-185, 2015.

CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA

Santos et al. (2017), os métodos de tratamento das comunidades terapêuticas utilizam instrumentos bastante controversos, consistindo basicamente em programas de isolamento físico e social, internações longas e, durante o tempo de tratamento, “circunscrição de telefonemas e visitas, bem como interdição sexual” (SANTOS et al, 2017, p. 09)¹⁴.

Estudos recentes sobre as comunidades terapêuticas (SANTOS, 2016¹⁵; CFP, MPF, 2018) mostram que boa parte desses serviços no Brasil ainda não possuem qualificações necessárias para assumirem o cuidado de crianças e adolescentes dependentes de substâncias psicoativas.

De fato, Santos¹⁶, em estudo realizado em todo o Brasil envolvendo 736 comunidades terapêuticas, identificou práticas há anos questionadas no tratamento dos sujeitos internados, destacando a imposição de cortes de cabelo específicos e de modelos de roupas, interdição de telefonemas e retenção dos documentos. Quanto à sanção das infrações às regras, a autora observou

proibição temporária de atividades de lazer e, ainda que com menor frequência, do aumento das atividades laboroterápicas e do afastamento temporário do infrator dos demais internos – ou seja, o isolamento no isolamento (p. 45.).

Conforme se nota, pouco se pode esperar dos resultados de um serviço que, como bem observou a autora citada, justifica medidas punitivas desse tipo como necessárias para a “reforma moral dos internos”, sendo que tais medidas não apenas contradizem o que preceitua a Lei 10.216/01, mas também entram em flagrante rota de colisão com o princípio da proteção integral preceituado no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Já o Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, recentemente publicado pelo Conselho Federal de Psicologia, em conjunto com o Ministério Público Federal e o Mecanismo Nacional de Combate à Tortura, parece indicar condições semelhantes nos serviços inspecionados por eles. Especificamente no que se refere à situação de crianças e adolescentes internados, esse relatório mostra que, além das precárias condições estruturais de acolhimento, algumas das 28 comunidades terapêuticas misturavam adolescentes com adultos e mantinham meninas e meninos juntos. Ademais, algumas aceitavam adolescentes apenas pelo fato deles “interagirem com alguém que bebe ou usa drogas, ou mesmo [pelas mães] discordarem da forma

¹⁴ Nota Técnica n. 21: Perfil da Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Brasília: Ministério do Planejamento Desenvolvimento e Gestão, IPEA, 2017.

¹⁵ Santos, M.P.G. Comunidades Terapêuticas: unidades de privação de liberdade?. Boletim de Análise Político-Institucional, n. 10, 2016. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7653/1/BAPI_n10_comunidades.pdf. Acesso em: 21 set 2018.

¹⁶ Idem.

CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA

como vivem” (p. 133)¹⁷.

Observou-se, ainda, que foram várias as situações em que crianças e adolescentes haviam sido encaminhadas pelo Poder Judiciário como medida socioeducativa ou de proteção, sendo essa mais uma irregularidade identificada no relatório. Para os autores, além das comunidades terapêuticas não fazerem parte nem do rol de entidades de internação - nos casos de medida socioeducativa - nem de proteção, as crianças e adolescentes internados nelas não haviam passado sequer pelo devido processo legal.

No Relatório acima mencionado ficou evidenciado o risco à violação da liberdade religiosa e de crença das crianças e adolescentes internados, bem como a restrição do acesso à educação, lazer e indícios de trabalho infantil, evidenciando uma situação de flagrante desrespeito à condição peculiar da criança e do adolescente, como pessoas em desenvolvimento. E o que é mais grave: com o aval do sistema que deveria protegê-los.

Face ao que se expôs até o momento, cumpre salientar a necessidade de rigorosa fiscalização do funcionamento das comunidades terapêuticas nos termos das legislações e normativas vigentes, para o que segue, em anexo, uma sugestão de roteiro.

ANEXO

ROTEIRO DE INSPEÇÃO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

1. Verificar se a adesão e permanência são voluntárias e se estão formalizadas por escrito;
2. Verificar se as pessoas acolhidas fazem uso nocivo ou estejam dependentes de substâncias psicoativas, com necessidade de proteção e apoio social e previamente avaliadas pela rede de saúde;
3. Identificar o alvará sanitário ou outro instrumento congênere de acordo com a legislação sanitária aplicável a essas entidades;
4. Identificar o plano de integração, desde o início do funcionamento da entidade, à rede de serviços, situada em seu território de atenção, cuidado, tratamento, proteção, promoção, reinserção social, educação e trabalho, além dos demais órgãos que atuam direta ou indiretamente com tais políticas sociais;

¹⁷ 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: CFP, 2018.

**CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA**

5. Observar se a entidade possui e cumpre seu programa de acolhimento, onde também deverá conter as normas e rotinas da entidade;
6. Observar se existe a participação da família ou de pessoa indicada pelo acolhido no processo de acolhimento, bem como nas ações de preparação para a reinserção social;
7. Observar se é feita a comunicação de cada acolhimento ao estabelecimento de saúde e aos equipamentos de proteção social do território da entidade, cujo prazo é de até cinco dias, bem como o inverso, o encerramento do acolhimento;
8. Verificar se há oferta de espaço comunitário e de atendimento individual;
9. Observar se há permissão para visitação de familiares, bem como acesso aos meios de comunicação que permitam contato com familiares;
10. Observar se a entidade pratica ou permite ações de contenção física ou medicamentosa, isolamento ou restrição à liberdade da pessoa acolhida;
11. Verificar se os ambientes de uso dos acolhidos são livres de trancas, chaves ou grades, admitindo-se apenas travamento simples;
12. Observar se há prática ou permissão de castigos físicos, psicológicos ou morais, ou utilização de expressões estigmatizantes com os acolhidos ou familiares;
13. Verificar se os acolhidos são submetidos a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes;
14. Observar se o há fornecimento de alimentação, condições de higiene e alojamentos adequados;
15. Identificar a equipe multidisciplinar, que deve ter formação condizente com as atividades oferecidas no Programa de Acolhimento e para o pleno funcionamento da entidade, sob responsabilidade de um profissional de nível superior legalmente habilitado, bem como substituto com a mesma qualificação;
16. Verificar se o Plano de Atendimento Singular (PAS)¹⁸ está completo;

¹⁸ O PAS é o instrumento que especifica e monitora as ações de acolhimento individual, devendo reunir todas as informações a respeito do acolhido, inclusive aquelas exigidas pelos órgãos de controle e fiscalização. Ele deverá ser elaborado no prazo máximo de 20 (vinte) dias a contar do acolhimento (Resolução 01/2015).

**CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA**

17. No caso de acolhimento de mãe acompanhada de seu filho, deverá a entidade garantir também os direitos da criança;

Além dos itens acima mencionados, no caso fático de acolhimento de crianças e adolescentes:

1. Verificar a existência de plano de atendimento/tratamento individual, e se neste estão incluídas atividades pedagógicas atinentes às especificidades dos adolescentes, como sujeitos em desenvolvimento pessoal e social;
2. Observar de que modo o direito à convivência familiar e comunitária está assegurado;
3. Verificar a frequência de visitas e/ou contatos telefônicos dos familiares aos adolescentes, e/ou destes a seus familiares;
4. Identificar as formas de integração do atendimento, com a rede de serviços territoriais onde o adolescente reside, tais como o CRAS, unidades básicas de saúde, Estratégia de Saúde da Família, CAPS, grupos de ajuda, escolas, entre outros;
5. Observar os métodos de tratamento, em vista da possibilidade de violação da liberdade de crença, do emprego de trabalhos forçados, utilização de medicamentos (atentando para a identificação dos médicos que os prescreveram);
6. Verificar técnicas disciplinares, visando identificar situações vexatórias, de isolamento, retenção de documentos pessoais, etc;
7. Observação quanto à estrutura física do local para o acolhimento de adolescentes, segundo a ANVISA e o ECA.

Recife/PE, 07 de março de 2019.

ANA LUCIA MARTINS DE AZEVEDO
Analista Ministerial – Serviço Social
Mat. 188766-1