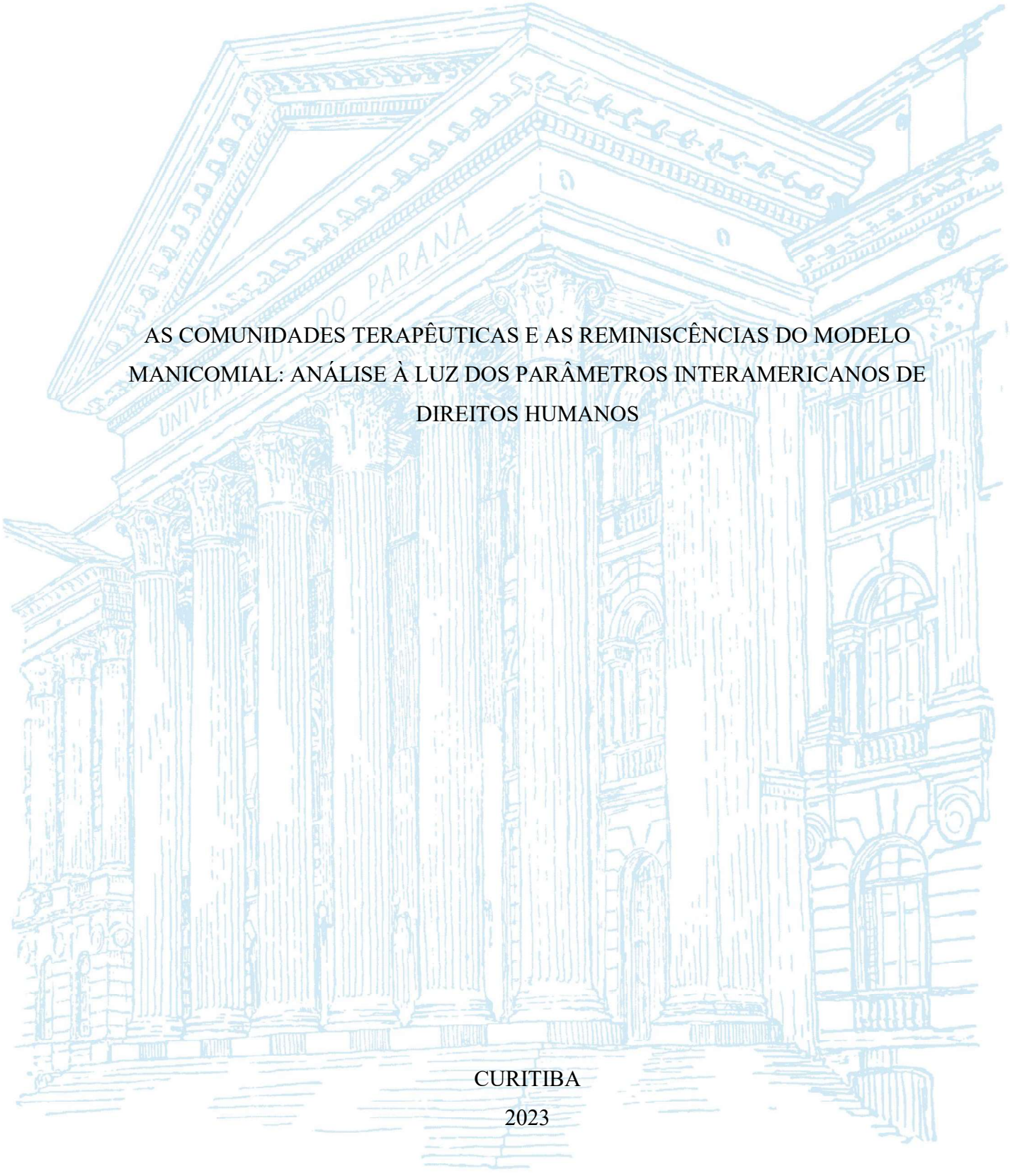
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PAULA NAOMI FUKUDA ALVAREZ



AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E AS REMINISCÊNCIAS DO MODELO MANICOMIAL: ANÁLISE À LUZ DOS PARÂMETROS INTERAMERICANOS DE DIREITOS HUMANOS

CURITIBA

2023

PAULA NAOMI FUKUDA ALVAREZ

AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E AS REMINISCÊNCIAS DO MODELO MANICOMIAL: ANÁLISE À LUZ DOS PARÂMETROS INTERAMERICANOS DE DIREITOS HUMANOS

Monografia apresenta como requisito parcial obtenção do título de Bacharela, Curso de Direito, Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profª. Drª. Melina Girardi Fachin

CURITIBA

2023

TERMO DE APROVAÇÃO

AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E AS REMINISCÊNCIAS DO MODELO MANICOMIAL: ANÁLISE À LUZ DOS PAR METROS INTERAMERICANOS DE DIREITOS HUMANOS

PAULA NAOMI FUKUDA ALVAREZ

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção de Graduação no Curso de Direito, da Faculdade de Direito, Setor de Ciências jurídicas da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Melina Girardi Fachin
Orientador

Coorientador

Taysa Schiocchet
1º Membro

Letícia de Andrade Porto Nosak
2º Membro

AGRADECIMENTOS

Tenho dificuldade de escrever meus agradecimentos, pois isso envolve encerrar um ciclo. Adiei esse encerramento o máximo que pude, como tendo a adiar tudo na minha vida, incluindo a redação deste trabalho de conclusão de curso. Por trás da sucessão de adiamentos, um temor: o que vem depois do fim.

Há sete anos, quando ingressei na faculdade de direito, no ano de 2017, não tinha certeza se estava no lugar certo. O mundo jurídico me parecia tão formal e complexo e aquela Paula de dezoito anos não tinha os recursos para navegar nesse mar de teorias, leis, normas e hierarquias. Apenas não desisti pois tive mãos que pegaram as minhas e me guiaram. Deram o suporte que eu precisava para chegar a esse momento de conclusão. Por causa dessas mãos, encontrei sentido no direito e chego prestes ao momento de me formar como jurista.

Primeiramente, assim, gostaria de agradecer minha mãe que sempre cuidou de mim e, mesmo quando não me compreendeu, me apoiou. Devo à Odete tudo que sou e que eu conquistei. Agradeço meu pai por ter me preparado para os debates e discussões que enfrentei no curso de direito e por ter me ensinado a não me paralisar diante do medo. Graças ao Domingos, dei saltos corajosos nessa trajetória. Quero agradecer também às minhas irmãs, que se mantiveram comigo mesmo nos momentos de maior angústia e me acolheram no meu sofrimento, sem jamais largar minha mão. Foram refúgio, mas também estiveram lá para as celebrações. Brunna e Lorena, vocês são minha família de sangue e também minha família de escolha. Eu escolho vocês todo dia como minhas melhores amigas. Agradeço, por fim, aos meus avós, Anita, Batchan e Ditchan, que também sempre torceram por mim e me deram todo o suporte.

Em seguida, preciso agradecer aos amigos que eu encontrei na faculdade de direito, sem os quais eu não teria conseguido chegar até aqui, Gabriela Grupp, Maria Vitória Nogari, Pedro Pereira e tantos outros com quem partilhei momentos de risadas e surtos na escadaria da Santos Andrade, na sala de aula e no Bec Bar. Agradeço em especial à Brenda de Fátima, que foi minha grande parceira em todos esses anos e topou todas as aventuras acadêmicas nas quais embarcamos juntas. Aos amigos Alice Lana, Gabriel Percegona, Vinicius Zanatta, Anna Paula Chiarello e Eliz Bariviera, agradeço pelos vários momentos de alegria, música e amor. Agradeço à Suzanne que me ensinou a amar e ser amada. Por fim, agradeço aos meus grandes amigos Andrey e Esther que, de perto ou de longe, crescem, florescem e fazem arte comigo.

Agradeço aos meus amigos que fiz no intercâmbio, Bárbara, Marcelle, Effi, Marion, Rodrigo, Ludmilla, Marcela, Marina, Chloe e tantos outros que fizeram dessa experiência

uma das mais enriquecedoras que já vivi. Agradeço especialmente à Luísa Lacerda que participou desse processo desde o início e que está comigo até agora, segurando minha mão no último ano de graduação.

Tenho que agradecer também ao Nesidh e aos amigos que fiz no grupo, Giovanny, Victor, Fernanda, Alcebíades, Yago, Amanda, Bianca, Catarina, Marina, Ana Letícia e todos outros membros com quem aprendi tanto. Foi na defesa dos direitos humanos que eu encontrei um propósito no curso de direito, e foi com o Nesidh que pude aprender e encontrar caminhos para seguir esse propósito.

Aproveito para agradecer à coordenadora do Nesidh e minha professora orientadora Dra. Melina Fachin. A professora é uma grande inspiração, seja na forma como se dedica ao Nesidh e a todos seus alunos, seja pelo vasto conhecimento e paixão pelo Direito Constitucional e pelo Sistema Interamericano de Direitos Humanos. Agradeço também às professoras que me orientaram na iniciação científica e que também foram tão importantes para a minha formação, Profª. Larissa Ramina e a Profª. Heloisa Câmara.

Agradeço, por fim, à universidade pública, gratuita e de qualidade que me proporcionou tantas vivências e descobertas, além de me fazer cruzar os caminhos de tantas dessas pessoas incríveis que mencionei. É também por conta dessa grande afeição que criei pela UFPR que adio o encerramento desse ciclo. Porém, agora eu devo trilhar novos caminhos guiada pelos aprendizados que acumulei nessa trajetória ao lado das pessoas que seguraram minha mão até aqui.

“Amaciando um pouco, tirando dele a brutalidade do acorrentamento, das surras, a superstição das rezas, exorcismo, bruxarias, etc. o nosso sistema de tratamento da loucura ainda é o da Idade Média: o sequestro. Não há dinheiro que evite a Morte, quando ela tenha de vir; e não há dinheiro nem poder que arrebate o homem da loucura. Aqui no hospício, com suas divisões de classe, de vestuário etc., eu só vejo um cemitério: uns estão de carneiro e outros de cova rasa”

Lima Barreto, “Diário do Hospício/ O Cemitério dos vivos.”

RESUMO

O objetivo do presente trabalho é verificar se as características e práticas das comunidades terapêuticas (CTs) no Brasil estão em acordo ou desacordo com as obrigações do Estado brasileiro perante o Sistema Interamericano de Direitos Humanos (SIDH) no contexto de assistência à saúde mental. Para tanto, realizou-se revisão da jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos para extração dos parâmetros de proteção dos direitos humanos das pessoas sob assistência em saúde mental. Em um segundo momento, foi realizada pesquisa documental e bibliográfica sobre o contexto da política de atenção à saúde mental no Brasil e sobre as características e práticas das CTs. A partir disso, verificou-se que o caso Ximenes Lopes Vs. Brasil trouxe importantes parâmetros sobre o respeito e a garantia dos direitos humanos das pessoas sob assistência em saúde mental, os quais foram reafirmados e acrescidos de outros parâmetros protetivos no caso Guachalá Chimbo e outros Vs. Equador. Ademais, constatou-se que o modelo de atenção em saúde mental implementado a partir da reforma psiquiátrica contribui para a proteção dos direitos humanos das pessoas sob assistência em saúde mental conforme os parâmetros do SIDH; contudo, a partir de 2016, houve um claro retrocesso na implementação da reforma, o que se deu concomitantemente ao fortalecimento das CTs. Isso indica um cenário em que o modelo manicomial recupera espaço na política nacional de atenção em saúde mental, sobretudo no que toca à atenção de pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas, público alvo das CTs. As características e práticas dessas instituições, além de trazerem reminiscências do modelo manicomial, violam diversas obrigações do Estado brasileiro perante o SIDH no contexto de assistência à saúde mental. Assim, concluiu-se pela necessidade de uma devida regulamentação, bem como da fiscalização rigorosa e regular dessas instituições para que se garanta o respeito aos direitos humanos das pessoas nelas acolhidas.

Palavras-chave: Sistema Interamericano de Direitos Humanos. Comunidades Terapêuticas. Assistência em Saúde Mental.

ABSTRACT

The purpose of this study is to examine whether the characteristics and practices of therapeutic communities (CTs) in Brazil align or conflict with the obligations of the Brazilian state under the Inter-American Human Rights System in the context of mental health care. To achieve this, a review of Inter-American Human Rights jurisprudence was conducted to extract *standards* for the protection of human rights for individuals under mental health care. Subsequently, documentary and bibliographical research was conducted on the context of mental health care policy in Brazil and on the characteristics and practices of CTs. It was found that the case of Ximenes Lopes vs. Brazil provided important *standards* regarding the respect and guarantee of human rights for individuals under mental health care, which were reaffirmed and further developed in the case of Guachalá Chimbo and others vs. Ecuador case. Additionally, it was observed that the mental health care model implemented since the psychiatric reform contributes to the protection of human rights for individuals under mental health care in accordance with the parameters of the IACHR. However, since 2016, there has been a clear regression in the implementation of the reform, coinciding with the strengthening of CTs. This indicates a scenario in which the asylum model regains prominence within the national mental health care policy, especially regarding the care of individuals with problematic substance use, the target population of CTs. The characteristics and practices of these institutions, reminiscent of the asylum model, violate various obligations of the Brazilian state under the IACHR in the context of mental health care. Thus, it is concluded that there is a need for proper regulation, as well as rigorous and regular monitoring of these institutions to ensure respect for the human rights of the individuals they serve.

Keywords: Inter-American Human Rights System; Therapeutic Communities; Mental Health Care.

LISTA DE SIGLAS

AGNU Assembleia Geral das Nações Unidas

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CADH Convenção Americana de Direitos Humanos

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-ad Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CDPD Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CEBRAP Centro Brasileiro de Análise e Planejamento

CFP Conselho Federal de Psicologia

CIDH Comissão Interamericana de Direitos Humanos

CIEDPPD Convenção Interamericana sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas portadoras de Deficiências

CONAD Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

Corte IDH Corte Interamericana de Direitos Humanos

CRP-SP Conselho Regional de Psicologia de São Paulo

CT comunidade terapêutica

DPE-SP Defensoria Pública do Estado de São Paulo

FEBRACT Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

Ipea Instituto de pesquisa econômica aplicada

MNPCT Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

OEA Organização dos Estados Americanos

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Panamericana da Saúde

PFDC-MPF Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal

PNAD Política Nacional Sobre Drogas

PT-MG Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

SIDH Sistema Interamericano de Direitos Humanos

SISNAD Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10

2 O CASO XIMENES LOPES VS. BRASIL E OS PARÂMETROS INTERAMERICANOS SOBRE O RESPEITO E GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS SOB ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL 13

3 REFORMA PSIQUIÁTRICA, AVANÇOS E RETROCESSOS: AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E AS REMINISCÊNCIAS DO MODELO MANICOMIAL 27

4 VIOLAÇÕES AOS PARÂMETROS INTERAMERICANOS DE PROTEÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS SOB ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS 40

5 CONCLUSÃO..... 56

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 59

1 INTRODUÇÃO

Em 1999, Damião Ximenes Lopes, aos 30 anos de idade, como muitos outros taxados como “loucos”, foi vítima de maus-tratos em uma instituição que supostamente deveria prestar cuidados à sua saúde mental. Da violência psiquiátrica à qual foi submetido, resultou sua morte três dias após a internação na Casa de Repouso Guararapes.

Sua mãe e sua irmã, diante da inércia das autoridades estatais, peticionaram perante o Sistema Interamericano de Direitos Humanos (SIDH), denunciando a violação ao direito à integridade pessoal, à vida, às garantias judiciais e à proteção judicial. Em 04 de julho de 2006, então, a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) julgou o caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, condenando o Estado brasileiro pela primeira vez, devido às violações aos artigos 4, 5, 8 e 25, todos em relação ao art. 1.1 da Convenção Americana de Direitos Humanos (CADH).

Nessa sentença, além das medidas de reparação impostas ao Estado condenado, a Corte IDH estabeleceu diversos parâmetros sobre o respeito e a garantia dos direitos humanos das pessoas sob assistência em saúde mental, que devem ser observados por todos os Estados-parte da CADH. Assim, apesar de encerrada a supervisão do cumprimento de sentença do caso Ximenes Lopes Vs. Brasil no dia 25 de setembro de 2023, com a realização do último ponto resolutivo que restava em aberto, ainda há obrigações derivadas dessa sentença que devem ser cumpridas pelo Estado. Dentre essas, o dever de manter mecanismos rigorosos para garantir que os direitos humanos protegidos pela CADH sejam respeitados nos serviços de saúde mental.

À vista disso, deve-se ressaltar que o contexto de assistência em saúde mental no Brasil que ensejou as violações de direitos humanas do caso Ximenes Lopes e outras como as denunciadas pelo livro “Holocausto Brasileiro”,[1] não é mais o mesmo. Essa transformação se deu graças à mobilização pela reforma psiquiátrica, que culminou na aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, a qual redirecionou o modelo assistencial em saúde mental no Brasil.

---

[1] A obra “Holocausto Brasileiro” reporta as condições desumanas às quais era submetidos os pacientes do Hospital Colônia de Barbacena, maior hospital psiquiátrico do Brasil ao longo do século XX. O livro revelou as práticas de esterilizações forçadas de mulheres internadas; condições precárias, em instalações superlotadas e insalubres; trabalho forçado, com a exploração da mão de obra dos pacientes; violência e maus-tratos dos pacientes; mortes e enterros anônimos, sem que houvesse o devido registro das mortes; dentre outras violações (ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Intrínseca, 2019).

Porém, passados mais de vinte anos de vigência da Lei nº 10.216/2001 e quinze anos da condenação no caso Ximenes Lopes vs. Brasil, questiona-se se todas as práticas atentatórias aos direitos das pessoas sob assistência em saúde mental foram realmente abolidas no Estado. Ao passo em que houve uma diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, outras formas de manter isolados indivíduos "indesejáveis" foram mantidas, dentre as quais se destacam as comunidades terapêuticas (CTs).

As CTs são instituições em regime residencial para assistência a pessoas que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas, cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Estruturadas como residências coletivas, as CTs acolhem indivíduos e os mantêm isolados de seu meio social prévio por determinados períodos de tempo, a fim de que renunciem definitivamente ao uso de drogas. Elas adotam um modelo de atenção baseado no tripé trabalho-disciplina-espiritualidade visando à uma reforma moral dos sujeitos considerados "adictos".[2]

A partir de 2011, o governo federal passou a financiar vagas nessas instituições e, mais recentemente, a Lei nº 13.840/2019, que altera a Lei nº 11.343/2006, integrou as CTs ao Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Assim, diante da crescente institucionalização das CTs, elas se tornaram objeto de controvérsias no plano das disputas travadas sobre os modelos de assistência às pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas. Especialistas da área de saúde mental e defensores dos direitos humanos argumentam que essas instituições se assemelham à realidade dos manicômios do século passado, inclusive no que se refere às graves violações de direitos humanos das pessoas sob assistência em saúde mental.

Diante desse cenário, esse trabalho tem o objetivo geral de analisar se as características e práticas das Comunidades Terapêuticas no Brasil estão em acordo ou desacordo com as obrigações do Estado brasileiro perante o SIDH no contexto de assistência à saúde mental.

Em um primeiro momento, portanto, realizou-se um levantamento dos parâmetros do SIDH em matéria de proteção aos direitos humanos das pessoas sob assistência à saúde mental, partindo de pesquisa jurisprudencial da Corte IDH, abarcando outros instrumentos internacionais citados pela Corte em suas decisões. Em segundo momento, com base em pesquisa bibliográfica e análise dos marcos normativos, delineou-se um panorama do avanço

---

[2] IPEA. **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 8.

da reforma psiquiátrica no Brasil, sua relação com o respeito e garantia aos direitos humanos das pessoas sob assistência em saúde mental, e o que as CTs representam para a implementação da reforma e a superação do modelo manicomial. Por fim, com base em uma pesquisa documental e bibliográfica, buscou-se identificar as características e práticas das CTs no Brasil, e verificar se essas violam os parâmetros interamericanos abordados anteriormente. Cada uma dessas etapas corresponde a um item do desenvolvimento, conforme delineado a seguir.

2 O CASO XIMENES LOPES VS. BRASIL E OS PARÂMETROS INTERAMERICANOS SOBRE O RESPEITO E GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS SOB ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

O Brasil ratificou a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (CADH), em 25 de setembro de 1992[3] e aceitou a competência contenciosa da Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) ao reconhecer sua jurisdição em 10 de dezembro de 1998. Assim, assumiu o compromisso perante o Sistema Interamericano de Direitos Humanos (SIDH) em fortalecer a proteção dos direitos humanos na região.

Esse compromisso do Estado implica a adoção dos parâmetros protetivos contidos nas sentenças emanadas pela Corte IDH nas práticas nacionais. Isso porque as sentenças do Tribunal Interamericano detêm efeitos *erga omnes* no que se refere à interpretação e aplicação dos direitos convencionais,[4] buscando exercer um efeito transformador nos Estados do SIDH para prevenir violações.

Ao julgar os casos que são submetidos à sua jurisdição, a Corte IDH interpreta as disposições da CADH estabelecendo o âmbito protetivo dos direitos convencionais às situações concretas, levando em conta os fatores de vulnerabilidade das vítimas. Para a efetiva proteção dos direitos humanos, não é suficiente tratar o sujeito de direito de forma geral e abstrata, fazendo-se necessária sua especificação. "Nessa ótica, determinados sujeitos de direitos, ou determinadas violações de direitos, exigem uma resposta específica e diferenciada.[5]"

Desse modo, para a busca dos parâmetros do SIDH aplicáveis ao contexto de assistência em saúde mental, partiu-se da jurisprudência da Corte IDH, intérprete última do alcance dos direitos consagrados na CADH.[6] A escolha dos casos estudados, baseou-se na

---

[3] BRASIL. **Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992**. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm>. Acesso em: 05/12/2023.

[4] Sobre os efeitos erga omnes, o "juiz interamericano Mac-Gregor proferiu importante voto no caso [Gelman Vs. Uruguai] ao diferenciar a eficácia subjetiva da sentença interamericana ("coisa julgada internacional" ou *res judicata*), que produz vinculação inter partes e obriga o Estado participante do processo a cumprir a sentença integralmente, da eficácia objetiva ("norma convencional interpretada" ou *res interpretata*), que tem vinculação *erga omnes* para todos os Estados-partes da CADH e representa um standard mínimo interpretativo de efetividade da norma convencional" (FUCHS MARINO, T.; COIMBRA DE CARVALHO, L. A doutrina da res interpretata no Sistema Interamericano de Direitos Humanos: diferenciais, potencialidades e desafios. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, v. 8, n. 16, p. 75–94, 15 dez. 2020. p. 83).

[5] PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e Justiça Internacional: um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano.** 9. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva Educação, 2019, p. 80.

[6] Corte IDH. **Caso Atala Riffo y Niñas Vs. Chile**. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 24 de fevereiro de 2012. Série C No. 239, §282.

pertinência temática, selecionando-se decisões que tratam de violações no contexto de internações psiquiátricas.

Assim, é de suma importância o caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, uma vez que se trata da primeira ocasião em que a Corte IDH se pronunciou sobre um caso referente à violação de direitos humanos de uma pessoa internada em instituição psiquiátrica. Nessa sentença, o Estado brasileiro foi condenado pela morte e maus tratos aos quais foi submetida a vítima na Casa de Repouso Guararapes (arts. 4.1, 5.1 e 5.2 da CADH, todos em relação ao art. 1.1 da Convenção), bem como pela demora injustificada nos processos criminal e cível para responsabilização dos autores do crime (art. 8.1 e 25.1 da CADH, todos em relação ao art. 1.1 da Convenção). Além disso, a Corte condenou o Estado pela violação da integridade pessoal dos familiares do Sr. Ximenes Lopes (art. 5.1 da CADH, em relação ao art. 1.1 da Convenção)

Nos fatos do caso, consta que a vítima foi internada na casa de repouso Guararapes, no dia 01 de outubro de 1999, como paciente do Sistema Único de Saúde (SUS), devido a problemas de saúde mental. Dois dias após ser internado, ele apresentou um quadro de desorientação e agressividade, motivo pelo qual foi submetido à contenção mecânica por um auxiliar de enfermaria e outros dois pacientes da instituição. Posteriormente, após outra crise, ele foi mantido em contenção por dois dias. No dia 04 de outubro de 1999, quando sua mãe foi visitá-lo, deparou-se com seu filho em condições de maus tratos, cheio de hematomas, sangrando e com a roupa suja de urina e fezes. Suas mãos permaneciam contidas e ele tinha dificuldade para respirar, já em estado de agonia, gritando e pedindo socorro. Nesse mesmo dia, ele faleceu, sem que tenha recebido assistência médica. Até o dia em que foi julgada a sentença, em 04 de julho de 2006, os processos penais e cíveis para apuração dos responsáveis e reparação das vítimas permaneciam sem resolução.

No procedimento perante o SIDH, o Estado brasileiro reconheceu sua responsabilidade internacional em relação à violação do direito à vida e à integridade pessoal do Sr. Ximenes Lopes, fato que foi enaltecido pela Corte. Apesar disso, a Corte considerou que proferir uma sentença explicitando a verdade dos fatos, as considerações sobre o mérito e as consequências jurídicas do caso constitui uma forma de reparação às vítimas, além de ser uma forma de evitar que fatos similares ocorram.[7]

---

[7] Corte IDH. **Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil**. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 4 de julho de 2006. Série C No. 149, §81.

Assim, no que toca às considerações de sobre o mérito do caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, a Corte primeiramente tratou da obrigação de respeito e garantia aos direitos humanos reconhecidos na CADH (art. 1.1), que são a base para a determinação da responsabilidade estatal.[8]

De um lado, o dever de respeito dispõe que a violação que enseja a responsabilidade do Estado é um fato diretamente atribuível ações ou omissões de órgãos ou funcionários do Estado; d'outro, o dever de garantia se desdobra na responsabilização estatal pela "omissão em evitar que terceiros violem os bens jurídicos que protegem os direitos humanos". Entre esses dois polos, está a conduta de entidade que, embora não seja órgão estatal, está autorizada pela lei para exercer atribuições do Estado.[9]

Assim sendo, considerando que a saúde é um bem público cuja proteção é atribuição do Estado, este tem a obrigação de prevenir que terceiros interfiram indevidamente nos direitos à vida e à integridade pessoal das pessoas sob assistência em saúde mental.[10] Deriva disso, segundo a Corte IDH, o dever estatal de regulamentar e fiscalizar toda a assistência de saúde prestada às pessoas sob jurisdição, independentemente de o estabelecimento que prestar esses serviços ser entidade privada ou pública.[11] A falha em cumprir com esse dever, em especial no que toca à fiscalização da proteção ao direito à vida e à integridade pessoal das pessoas sob assistência médica, gera responsabilização estatal.[12]

A Corte concluiu, portanto, quanto ao tópico da responsabilização dos Estados-Parte, que estes devem criar e manter mecanismos de inspeção das instituições psiquiátricas — sejam elas de caráter público ou privado —, bem como "apresentar, investigar e solucionar queixas e estabelecer procedimentos disciplinares ou judiciais apropriados para casos de conduta profissional indevida ou de violação dos direitos dos pacientes".[13]

Em seguida, a Corte tratou da vulnerabilidade das pessoas submetidas a internações psiquiátricas. Devido ao alto grau de intimidade que caracteriza a assistência em saúde mental, as pessoas submetidas à internação se tornam mais suscetíveis a tratamentos abusivos.[14]

---

[8] Ibidem, §83.
[9] Ibidem, §86.
[10] Ibidem, §89.
[11] Ibidem, §89.
[12] Ibidem, §90.
[13] Ibidem, §99.
[14] Ibidem, §106.

> Nos ambientes institucionais, em hospitais públicos ou privados, o pessoal médico encarregado do cuidado dos pacientes exerce forte controle ou domínio sobre as pessoas que se encontram sujeitas a sua custódia**.** Este desequilíbrio intrínseco de poder entre uma pessoa internada e as pessoas que detêm a autoridade se multiplica muitas vezes nas instituições psiquiátricas. A tortura e outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante, quando infligidas a essas pessoas, afetam sua integridade psíquica, física e moral, supõem uma afronta a sua dignidade e restringem gravemente sua autonomia, o que poderia ter como conseqüência [sic] o agravamento da doença.[15]

Assim, a Corte IDH reafirmou o dever estatal de assegurar que sejam mantidos, em qualquer estabelecimento psiquiátrico, seja ele público ou privado, os direitos dos pacientes de um tratamento digno, humano e profissional, e de proteção contra exploração, maus tratos e tortura.[16] Asseverou que a prestação de serviços de saúde mental deve estar acessível a todas as pessoas que necessitam, devendo ser orientada pelo melhor interesse do paciente, de modo a minimizar o impacto da doença e melhorar sua qualidade de vida.[17]

Em seguida, a Corte tratou da vulnerabilidade das pessoas com deficiências mentais no contexto de internações psiquiátricas. Nesse ínterim, a Corte citou Convenção Interamericana sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas portadoras de Deficiências (CIEDPPD), o primeiro instrumento internacional de direitos humanos especificamente dedicado às pessoas com deficiência[18] , adotado no dia 07 de junho de 1999,[19] e ratificado pelo Brasil em 17 de julho de 2001.

A CIEDPPD define o termo deficiência como "restrição física, mental, ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social" (Art. I.1).[20] Importante notar que essa Convenção, bem como a Corte IDH[21] adota a definição de pessoa com deficiência conforme o modelo social, em que a deficiência não é conceituada como os impedimentos físicos, mentais, intelectuais ou sensoriais, mas a partir da interação desses impedimentos com as barreiras impostas socialmente para que as pessoas possam exercer seus direitos de maneira efetiva. No modelo social, portanto, a vulnerabilidade "é

---

[15] Ibidem, §107.
[16] Ibidem, §108.
[17] Ibidem, §109.
[18]Ibidem, p. 12.
[19] O tratado entrou em vigor em 14 de setembro de 2001.
[20]OEA. Convenção Interamericana sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. 07 de junho de 1999. Disponível e: <https://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/a-65.htm>. Acesso em: 18/09/2023.
[21] Essa definição é melhor elaborada no Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina, que também trata dos direitos das pessoas com deficiência. A Corte, ao citar a CIEDPPD, discorre sobre o modelo social para a definição de pessoa com deficiência. (Corte IDH. **Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina**. Exceções Preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 31 de Agosto de 2012. Série C No 246, §133).

resultado da interação da pessoa com deficiência com o meio em que se relaciona e em que constitui sua subjetividade"; diferentemente do modelo médico, que leva à patologização e determina a segregação das pessoas com deficiência psíquica ou intelectual.[22]

Tendo em vista essa definição, para fins da máxima proteção da pessoa humana, entende-se que indivíduos com transtornos mentais podem ser enquadrados na definição de pessoa com deficiência. Conforme Mariluci Candido e outros:

> Embora a deficiência não seja sinônimo de TM [transtorno mental], pode estar presente na Pessoa com Transtorno Mental (PTM). Isso porque, mesmo durante ou após o tratamento, a PTM pode continuar a apresentar deficiências decorrentes do transtorno. Partindo desse conceito, em que a limitação da atividade é entendida como dificuldade no desempenho pessoa, afirma-se que a PTM também presenta tais dificuldades. Assim, em muitas situações, faz-se presente a deficiência "relacional", ou seja, nas relações, tanto no âmbito pessoal, como no profissional e social.[23]

Portanto, tendo em vista que os transtornos mentais são, muitas vezes, impedimentos de longo prazo, os quais, na interação com as demandas do meio social, impõem diversas barreiras às pessoas que os sofrem; as convenções e demais parâmetros internacionais voltados à proteção da dos direitos da pessoa com deficiência podem ser aplicados também aos casos de pessoas com transtornos mentais sob assistência em saúde mental. Assim, os parâmetros protetivos às pessoas com deficiência estabelecidos pela Corte IDH para no caso Ximenes Lopes Vs. Brasil podem ser aplicados às pessoas com transtornos mentais no contexto de assistência em saúde mental.

Sucessivamente, como parâmetro ao tratamento de saúde dirigido às pessoas com deficiência mental, a Corte IDH afirmou que ele deve "adotar como princípios orientadores do tratamento psiquiátrico o respeito à intimidade e à autonomia das pessoas".[24] A Corte, reconhece, no entanto, que a necessidade específica do paciente pode exigir por vezes a adoção de medidas sem o seu consentimento. Contudo, a deficiência mental não pode ser convertida em incapacidade, tomando-se como regra a presunção de que essas pessoas são capazes de expressar suas vontades. Apenas quando cabalmente comprovada a

---

[22] PEREIRA, Jacqueline Lopes. **Tomada de decisão apoiada: a ampliação das liberdades da pessoa co deficiência psíquica ou intelectual em escolhas que geram efeitos jurídicos**. Curitiba: Juruá Editora, 2019, p. 47.

[23] CANDIDO, Mariluci et al. Saúde mental e direitos humanos: instrumentos internacionais para garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais e/ou deficiência. **Revista Direito, Estado e Sociedade**, n. 56, p. 198-230, jan/jun. 2020, p. 200.

[24] Corte IDH. **Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil**. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 4 de julho de 2006. Série C No. 149, §130.

impossibilidade do paciente para consentir é que caberá aos familiares, representantes legais ou à autoridade competente fazê-lo.[25]

Em relação aos cuidados mínimos e condições dignas de internação, a Corte fez referência Princípios para a Proteção das Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental das Nações Unidas aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU), mediante a Resolução nº 46/119, de 17 de dezembro de 1991, sublinhando a relevância aos princípios 1, 8, 9 e 13 para a determinação das condições mínimas de dignidade do tratamento em instituições psiquiátricas.

Esses princípios não são parte do SIDH e tampouco se tratam de normas vinculantes de direito internacional, mas "são particularmente úteis como guia para a interpretação dos direitos dispostos nos tratados de direitos humanos", como leciona Eric Rosenthal.[26] Desse modo, são fontes interpretativas para a aplicação da Convenção Americana de Direitos Humanos (CADH) ao contexto da assistência à saúde mental.[27]

O Princípio 1 trata das liberdades fundamentais e dos direitos básicos em matéria de assistência à saúde mental, tais como a não discriminação em razão de doença mental e o respeito à dignidade da pessoa humana. Os princípios seguintes, por sua vez, detalham os direitos relativos ao padrão de assistência,[28] e ao tratamento[29].

---

[25] Ibidem, §130.
[26] Ibidem, p. 12.
[27] A Corte IDH acrescentou tais princípios ao seu acervo probatório na Sentença do Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, por considerá-los úteis à resolução do caso (Corte IDH. **Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil**. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 4 de julho de 2006. Série C No. 149, §51).
[28] "PRINCÍPIO 8
PADRÃO DE ASSISTÊNCIA
1 - Todo usuário terá o direito de receber cuidados sociais e de saúde apropriados às suas necessidades de saúde, e terá direito ao cuidado e tratamento de acordo com os mesmos padrões dispensados a outras pessoas com problemas de saúde.
2 - Todo usuário será protegido de danos, inclusive de medicação não justificada, de abusos por parte de outros usuários, equipe técnica, funcionários e outros, ou de quaisquer outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico." (AGNU. **Princípios para Proteção das Pessoas Acometidas com Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à saúde Mental.** Resolução nº 46/119, de 17 de dezembro de 1991. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1994/1407_1994.pdf>. Acesso em: 18/09/2023).
[29] "PRINCÍPIO 9
TRATAMENTO
1 - Todo usuário terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros.
2 - O tratamento e os cuidados a cada usuário serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com ele, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.
3 - A assistência à saúde mental será sempre oferecida de acordo com padrões éticos aplicáveis aos profissionais de saúde mental, inclusive padrões internacionalmente aceitos, como os Princípios de Ética Médica adotados

Cumpre ressaltar o conteúdo do Princípio 13, que estabelece os direitos e condições dos enfermos nas instituições psiquiátricas:

> 1 - Todo usuário de um estabelecimento de saúde mental deverá ter, em especial, o direito de ser plenamente respeitado em seu:
> (a) Reconhecimento, em qualquer lugar, como pessoa perante a lei;
> (b) Privacidade;
> (c) Liberdade de comunicação, que inclui liberdade de comunicar-se com outras pessoas do estabelecimento; liberdade de enviar e receber comunicação privada não censurada; liberdade de receber, privadamente, visitas de um advogado ou representante pessoal e, a todo momento razoável, outros visitantes; e liberdade de acesso aos serviços postais e telefônicos, e aos jornais, rádio e televisão;
> (d) Liberdade de religião ou crença.
> [...]
> 3 - Em nenhuma circunstância o usuário será submetido a trabalhos forçados. O usuário terá o direito de escolher o tipo de trabalho que quiser realizar, dentro de limites compatíveis com as suas necessidades e as condições administrativas da instituição.
> 4 - O trabalho dos usuários em estabelecimentos de saúde mental não será objeto de exploração. Tais usuários deverão ter o direito de receber, por qualquer trabalho realizado, a mesma remuneração que seria paga pelo mesmo trabalho a um não-usuário, de acordo com a legislação ou o costume nacional. E deverão também, em todas as circunstâncias, ter o direito de receber sua participação equitativa [sic] em qualquer remuneração que seja paga ao estabelecimento de saúde mental por seu trabalho.[30]

A Corte se pronunciou, em seguida, quanto ao uso da sujeição em relação ao direito à integridade pessoal (art. 5º da CADH). Entendida como "qualquer ação que interfira na capacidade do paciente de tomar decisões ou que restrinja a sua liberdade de movimento"[31], a sujeição apenas está de acordo com os parâmetros do art. 5º da CADH se empregada como "medida de último recurso e unicamente com a finalidade de proteger o paciente, ou o pessoal médico e terceiros, quando o comportamento da pessoa em questão seja tal que esta represente uma ameaça à segurança daqueles".[32] A sujeição não pode, sob hipótese alguma, ter qualquer outra motivação e deve ser necessariamente executada por pessoal qualificado, jamais por outros pacientes.[33]

---

pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Jamais se cometerão abusos com os conhecimentos e práticas de saúde mental.
4 - O tratamento de cada usuário deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal." (AGNU. **Princípios para Proteção das Pessoas Acometidas com Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à saúde Mental.** Resolução nº 46/119, de 17 de dezembro de 1991. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1994/1407_1994.pdf>. Acesso em: 18/09/2023).

[30] AGNU. **Princípios para Proteção das Pessoas Acometidas com Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à saúde Mental.** Resolução nº 46/119, de 17 de dezembro de 1991. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1994/1407_1994.pdf>. Acesso em: 18/09/2023.

[31] Corte IDH. **Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil**. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 4 de julho de 2006. Série C No. 149, §133.

[32] Ibidem, §134.

[33] Ibidem, §134.

Por fim, a Corte abordou os deveres do Estado em relação às pessoas com deficiência mental. Primeiramente, em relação ao dever de cuidar, afirmou que o Estado, tendo em vista sua posição de garante, tem a obrigação positiva de proporcionar condições necessárias para o desenvolvimento de uma vida digna, sobretudo em relação às pessoas sob atendimento médico.[34] O dever de adotar as medidas disponíveis e necessárias para impedir a deterioração do paciente e otimizar sua saúde atinge sua máxima exigência quando se trata de paciente com deficiência mental internado para tratamento psiquiátrico, haja vista a particular vulnerabilidade desses que se encontram em instituições psiquiátricas.[35]

Em suma, portanto, a Corte IDH estabeleceu os seguintes parâmetros em relação à proteção do direito à integridade pessoal e à vida das pessoas sob assistência em saúde metal: (i) os Estados devem regulamentar e fiscalizar os serviços de assistência à saúde mental prestados sob sua jurisdição, independentemente de a instituição que presta tais serviços ser pública ou privada; (ii) os Estados deve criar mecanismos de inspeção das instituições que prestam cuidados de saúde mental, sobretudo no que toca à proteção do direito à integridade pessoal e à vida dos pacientes; (iii) os Estados tem a obrigação de investigar e estabelecer procedimentos disciplinares o judiciais para casos de conduta profissional indevida nos estabelecimentos de assistência em saúde mental ou de violação dos direitos dos pacientes; (iv) os Estados devem garantir a acessibilidade dos serviços de saúde mental a todos que o necessitem, com tratamento digno, orientado pelo melhor interesse do paciente, de modo a minimizar os impactos da doença; (v) devem ser adotados como princípios orientadores do tratamento em saúde mental o respeito à intimidade e à autonomia das pessoas, de modo que a deficiência ou o transtorno mental não sejam convertidos em incapacidade; (vi) em relação às condições dignas de internação, deve-se observar os "Princípios para a Proteção das Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental das Nações Unidas"; (vii) o uso da sujeição no contexto de assistência à saúde mental só pode ser empregado como último recurso, com a finalidade única de proteger o próprio paciente ou terceiros; (viii) a sujeição só pode ser executada por pessoal qualificado e jamais por outros pacientes.

Outro caso importante julgado pela Corte IDH em relação aos direitos das pessoas com deficiência internadas em instituições psiquiátricas é o caso Guachalá Chimbo e outros Vs. Equador, julgado em março de 2021. Diferentemente do posicionamento da Corte à época

---

[34] Ibidem, §138-139.
[35] Ibidem, §139-40.

do caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, quando ela não analisava diretamente violações ao direito à saúde, mas o abordava indiretamente pela via dos direitos à vida e à integridade pessoal; no caso Guachalá Chimbo Vs. Equador, a Corte já havia revolucionado sua jurisprudência no sentido de tornar os direitos econômicos, sociais e culturais diretamente justiciáveis pela via do art. 26 da CADH.[36] Assim, o caso Guachalá Chimbo é especialmente relevante, por estabelecer parâmetros sobre o alcance do direito à saúde de pessoas internadas em instituições psiquiátricas.

Nesse caso, a Corte IDH condenou o Estado Equatoriano por violação ao direito ao reconhecimento da personalidade jurídica, vida, integridade pessoal, liberdade pessoal, dignidade, vida privada, acesso à informação, igualdade e saúde em prejuízo da vítima (arts. 3, 4, 5, 7, 11, 13, 24 e 26, todos em relação ao art. 1.1 e 2 da CADH). Além disso, a Corte entendeu que o Estado Equatorial violou o direito ao recurso efetivo, às garantias judiciais e à proteção judicial em relação ao Sr. Guachala Chimbo e aos seus familiares (arts. 7.6, 8.1 e 25.1, todos em relação ao art. 1.1 da CADH), bem como o direito de conhecer a verdade dos familiares (art. 5.1 da CADH em relação ao art. 1.1 da CADH).

Os fatos do caso dizem respeito ao desaparecimento do Sr. Luis Eduardo Guachalá Chimbo, quando estava internado em hospital psiquiátrico público "Julio Endara". O Sr. Guachalá Chimbo, com 23 anos à época dos fatos, sofria de epilepsia desde a infância e apresentava sintomas psicóticos que poderiam estar relacionados à enfermidade. Após internação e alta médica em 2003, não pôde prosseguir com o tratamento em casa por falta de recursos econômicos, de modo que foi novamente internado em 2004, quando desapareceu da instituição psiquiátrica. Foram realizadas diligências para localizá-lo, as quais restaram infrutíferas.

Na fundamentação da Sentença, primeiramente, a Corte sublinhou que analisaria o mérito do caso a partir do prisma do princípio da igualdade e da não discriminação em relação às pessoas com deficiência, categoria que, segundo à Corte, é protegida pelo art. 1.1 da CADH.[37] Assim, além das obrigações negativas dos Estados-partes da CADH, eles detêm o dever de propiciar a inclusão das pessoas com deficiência, adotando medidas de diferenciação positiva para remover as barreiras impostas à essas pessoas.[38]

---

[36] STEIN, Flávia Thais. **A justiciabilidade direta do direito à saúde: análise dos fundamentos da Corte Interamericana de Direitos Humanos para a tutela do direito à saúde**. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2022, p. 85-86.
[37] Corte IDH. **Caso Guachalá Chimbo e outros Vs. Equador**. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 26 de Março de 2021. Série C No. 423, §79.
[38] Ibidem, §86.

A Corte ressaltou outros fatores de vulnerabilidade que geram deveres de proteção para o Estado: o fato de a vítima estar internada em hospital psiquiátrico, devido ao desequilíbrio intrínseco de poder entre uma pessoa internada e as pessoas que tem a autoridade[39] e; a situação socioeconômica da vítima, apontando que o Estado deve tomar medidas positivas para prevenir formas de deficiência preveníveis em relação às pessoas com deficiência que vivem em situação de pobreza, dando-lhe tratamento preferencial e adequado para a sua condição.[40]

Passou, então, às considerações referentes ao tratamento e internação da vítima, no marco do direito à saúde, bem como das obrigações estatais de garantir o direito à vida e à integridade das pessoas que estão internadas em um hospital público.[41] Sublinhou, assim, os instrumentos interamericanos que garantem o direito à saúde: a Carta da OEA (arts. 34.i, 34.I e 45.h), a CADH (art. 26), a Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem (art. XI) e o Protocolo de San Salvador (art. 10).[42]

Definiu que o direito à saúde se trata do direito humano de todo indivíduo de desfrutar de um estado completo de bem-estar físico, mental e social, direito esse indispensável para o exercício adequado de todos os demais direitos humanos.[43] Segundo a Corte, algumas das obrigações que derivam da proteção desse direito são de exigibilidade imediata, como a garantia do acesso sem discriminação às prestações de saúde e o dever avançar para a plena efetividade dos direitos econômicos sociais e culturais. Outras obrigações, por sua vez, possuem caráter progressivo, que implicam a não regressividade em relação aos direitos já alcançados.

Em seguida, a Corte IDH tratou do direito ao consentimento informado, um elemento fundamental do direito à saúde. Portanto, a violação desse direito acarreta a violação ao direito à saúde, como também aos direitos à liberdade pessoal, à dignidade, à vida privada e ao acesso à informação.[44] O consentimento informado é, para a Corte, uma condição essencial da prática médica, baseando-se no respeito à autonomia e liberdade para tomar decisões do paciente, de modo a integrar o próprio núcleo da dignidade humana.[45]

---

[39] Ibidem, §90.
[40] Ibidem, §91.
[41] Ibidem,§96.
[42] Ibidem,§97 e 98.
[43] Ibidem,§100.
[44] Ibidem, §110.
[45] Ibidem, §118.

> El consentimiento informado consiste "en una decisión previa de aceptar o someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenida de manera libre, es decir sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, siempre que esta información haya sido realmente comprendida, lo que permitirá el consentimiento pleno del individuo". Esta regla no solo consiste en un acto de aceptación, sino en el resultado de un proceso en el cual deben cumplirse los siguientes elementos para que sea considerado válido, a saber que sea previo, libre, pleno e informado. En este sentido, los prestadores de salud deberán informar al paciente, al menos, sobre: i) la evaluación del diagnóstico; ii) el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto; iii) los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto; iv) las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto; v) las consecuencias de los tratamientos, y vi) lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento.[46]

Além disso, por se tratar de pessoa com deficiência, analisou-se o direito ao consentimento informado sob o prisma do direito à personalidade jurídica.[47] A Corte citou, então, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), do Sistema Universal de Proteção aos Direitos Humanos.[48] Esse tratado foi aprovado pela AGNU, em 2006, e foi ratificado pelo Estado Brasileiro em 25 de agosto de 2009, com status de Emenda Constitucional nos termos do art. 5º, §3º,[49] da CF/88, por meio do Decreto nº 6.949.[50]

No seu art. 12, a CDPD assegura o direito à personalidade jurídica das pessoas com deficiência, ou seja, de serem reconhecidas como pessoas perante a lei. Ademais, CDPD determina que os Estados-parte devem assegurar que "as pessoas com deficiência gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida" (art. 12.1 e 12.2). Os Estados-parte desta Convenção devem também adotar medidas para proporcionar o apoio que as pessoas com deficiência podem necessitar para o exercício da sua capacidade.

Segundo a interpretação da Corte IDH sobre esse dispositivo, a capacidade jurídica adquire especial importância para as pessoas com deficiência quando elas devem tomar

---

[46] Ibidem, §119.
[47] Ibidem, §114.
[48] Apesar de não ser um tratado do SIDH, a CDPD foi citada pela Corte IDH nesse caso em outros que tratavam sobre os direitos das pessoas com deficiência, como Furlan e familiares Vs. Argentina, como fonte interpretativa para os direitos contidos da CADH em relação às pessoas com deficiência.
[49] "§ 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)". (BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 14/11/2023).
[50] BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 14/11/2023.

decisões fundamentais sobre sua saúde, de modo que submeter uma pessoa com deficiência a um tratamento de saúde sem seu consentimento pode constituir uma negação da sua personalidade jurídica.[51]

Portanto, via de regra, o consentimento é pessoal e deve ser dado por quem será submetido ao tratamento. A deficiência, seja ela real ou percebida, não pode ser entendida como incapacidade para se autodeterminar, e deve ser aplicada a presunção de que pessoas com deficiência são capazes de expressar a sua vontade.[52] Ou seja, a deficiência de um paciente não deve ser utilizada como justificativa para não se solicitar o seu consentimento e recorrer-se à representação.[53] A Corte apenas admite exceções em que o pessoal de saúde pode atuar sem exigência de consentimento nos casos de urgência ou emergência, ante um grave risco contra a vida ou a saúde do paciente.[54]

A Corte passou em seguida à análise do tratamento médico recebido pela vítima, sob a perspectiva dos princípios da disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade.[55] Quando à acessibilidade da assistência de saúde, essa dispõe aos Estados que: os estabelecimentos, bens e serviços de saúde devem ser acessíveis a todas e todos sem discriminação alguma,[56] com especial cuidado aos grupos vulneráveis e marginalizados, obrigação que deve ser cumprida de acordo com os recursos disponíveis e de maneira progressiva.[57] Em relação às pessoas com deficiência, os Estados devem proporcionar serviços de saúde necessários para manter sua máxima independência, capacidade física, mental, social, em todos os aspectos da sua vida, assim como prevenir ou reduzir ao máximo a aparição de novas deficiências.[58]

Adicionalmente à obrigação dos Estados de respeitar e garantir o direito à saúde, há exigência de especial cuidado em relação às pessoas em situação de pobreza. Nesse sentido, os Estados devem tomar medidas para que os tratamentos de prevenção de deficiências não sejam uma carga desproporcional para os mais pobres.[59]

Sucessivamente, a Corte dispôs sobre a aceitabilidade e qualidade do tratamento médico. O primeiro critério determina que a assistência médica deve ser concebida para

---

[51] Corte IDH. **Caso Guachalá Chimbo e outros Vs. Equador**. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 26 de Março de 2021. Série C No. 423, §117.
[52] Ibidem, §120.
[53] Ibidem, §120.
[54] Ibidem, §132.
[55] Ibidem, §140.
[56] Ibidem, §141.
[57] Ibidem, §142.
[58] Ibidem, §145.
[59] Ibidem, §148.

melhorar o estado de saúde das pessoas sob tratamento; o segundo, que deve ser apropriada do ponto de vista científico e médico e ser de boa qualidade.[60] A Corte relacionou tais obrigações, à observância do direito à integridade pessoal de todo indivíduo sob custódia do Estado, levando e conta que a finalidade última da prestação de serviços de saúde é a melhoria da condição de saúde física e mental do paciente:

> Asimismo, la Corte resalta que los cuidados de que son titulares todas las personas que se encuentran recibiendo atención médica, alcanzan su máxima exigencia cuando se refieren a pacientes con discapacidad que se encuentran en instituciones psiquiátricas, sin que lo anterior implique suplantar la capacidad jurídica de la persona internada. El deber de cuidado está relacionado con los elementos de aceptabilidad y calidad del derecho a la salud.[61]

Por fim, a Corte determinou o alcance da discriminação em razão da deficiência no caso, levando em conta a necessidade de medidas para se garatir a igualdade material das pessoas com deficiência. Assim, afirmou que é obrigação dos Estados fornecer o apoio necessário para que as pessoas com deficiência tomem uma decisão informada,[62] de modo que entendeu que, ao se valer da deficiência da vítima para dispensar a exigência do seu consentimento informado, o Estado violou o princípio da isonomia.[63] Ademais, entendeu que o Estado não adotou medidas para garantir a igualdade material em relação ao direito à saúde da vítima, pois não forneceu os medicamentos adequados para seu tratamento.[64]

Em síntese, os parâmetros que foram estabelecidos pela Corte em relação à proteção do direito à saúde, à personalidade jurídica, à vida, à integridade pessoal, à privacidade; à liberdade de informação e à igualdade das pessoas sob assistência em saúde mental são: i) a existência de fatores de vulnerabilidade, como deficiência ou situação de pobreza, implica o dever estatal de adotar medidas de diferenciação positiva para remover barreiras que impeçam o pleno gozo dos direitos humanos dessas pessoas; ii) os Estados-parte devem adotar medidas de proteção em relação aos grupos vulneráveis, sobretudo no contexto de internação psiquiátrica; iii) os Estados devem garantir o direito de todos ao acesso, sem discriminação, aos serviços de saúde; iv) no âmbito das obrigações derivadas do direito à saúde, os Estados devem respeitar o direito ao consentimento informado dos pacientes para se submeter a qualquer tratamento médico; v) a deficiência não pode ser tomada como pretexto para se negar a capacidade da pessoa de se autodeterminar, ou seja, não pode ser utilizada como única

---

[60] Ibidem, §151.
[61] Ibidem, §151.
[62] Ibidem, §171.
[63] Ibidem, §173.
[64] Ibidem, §177.

justificativa para não se solicitar o seu consentimento; vi) o tratamento de saúde deve ser pautado pelos princípios da disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade; vii) o critério da aceitabilidade determina que a assistência médica deve ser concebida para melhorar o estado de saúde das pessoas sob tratamento; viii) o critério da qualidade dispõe que a prestação de saúde deve ser pautada em parâmetros científicos e médicos e ser de boa qualidade.

Diante do panorama exposto, observa-se que a jurisprudência da Corte IDH, em diálogo com outros sistemas de proteção aos direitos humanos, estabelece diversas salvaguardas voltadas especificamente à proteção das pessoas sob assistência em saúde mental. O Brasil, enquanto Estado-parte da CADH e dos outros tratados de direitos humanos citados supra, deve respeitar tais parâmetros, sobretudo levando em conta que já foi condenado por violação aos direitos no contexto específico de internação psiquiátrica.

Foi apenas em setembro de 2023 que o Brasil cumpriu integralmente os pontos resolutivos da sua primeira sentença condenatória perante a Corte IDH. Com a produção e disponibilização do curso "Direitos Humanos e Saúde Mental - Curso permanente Damião Ximenes Lopes",[65] o Estado Brasileiro finalmente deu cumprimento à medida de "desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria e aqueles dispostos nesta Sentença" .

Essa medida de reparação imposta ao Estado é especialmente relevante, por se tratar de uma medida voltada para a não repetição de violações similares às ocorridas com o Sr. Ximenes Lopes. É essencial que, para que fatos similares não voltem a ocorrer, sejam observados os parâmetros internacionais de direitos humanos em toda a prestação de assistência à saúde mental sob à jurisdição do Estado.

---

[65] ENAP - ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. **Direitos Humanos e saúde mental - Curso permanente Damião Ximenes Lopes**. Disponível em: <https://www.escolavirtual.gov.br/curso/881>. Acesso em: 05/12/2023.

3 REFORMA PSIQUIÁTRICA, AVANÇOS E RETROCESSOS: AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E AS REMINISCÊNCIAS DO MODELO MANICOMIAL

Ao se manifestar no procedimento perante o SIDH no caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, o Estado afirmou que os fatos do caso eram resultado de um obsoleto modelo de assistência psiquiátrica centrado em internações em hospitais privados.[66] Segundo as declarações do Estado, esse modelo foi superado graças à mobilização pela reforma psiquiátrica, que culminou na aprovação da Lei nº 10.216/2001, a qual redirecionou o modelo de assistência à saúde mental no Brasil. Essa lei marca, portanto, a passagem do modelo "manicomial" ou "hospitalocêntrico" para o modelo "psicossocial".

Portanto, esse capítulo busca contextualizar a reforma psiquiátrica no Brasil, de modo a: (i) diferenciar o modelo manicomial do modelo psicossocial de atenção em saúde mental; (ii) relatar os avanços e retrocessos na implementação da reforma; (iii) descrever as características gerais das comunidades terapêuticas de modo a situá-las no contexto da política nacional de assistência à saúde mental.

Assim, o modelo de assistência em saúde mental que prevaleceu ao longo de todo século XX foi o modelo manicomial, que tinha como ponto central a doença mental e adotava como estratégias de intervenção preponderantes o isolamento do paciente e a resolutividade pela medicalização.[67] Segundo Cardoso e Albuquerque, o agente de cuidado, no modelo manicomial, era o médico; o lugar, o hospital.[68]

Nos anos da ditadura militar, denominados como era da "indústria da loucura", manicômios cada vez maiores eram construídos com recursos públicos. A transferência de dinheiro público para entidades privadas nesse período tornou-se evidente ao considerar que, entre 1965 e 1970, a população internada em hospitais públicos permaneceu constante, enquanto o número de pacientes em instituições conveniadas, remuneradas pelo governo, aumentou de 14 mil para 30 mil.[69] Posteriormente, esses números se expandiram significativamente para 98 mil leitos psiquiátricos em 1982.[70] Assim, o modelo manicomial foi marcado também pela privatização estatal do cuidado em saúde mental.

---

[66] Corte IDH. **Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil**. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 4 de julho de 2006. Série C No. 149, p. 12.
[67] CARDOSO, Ângela Maria Rosas; ALBUQUERQUE, Aline. O modelo de assistência à saúde mental das pessoas em uso problemático de drogas: uma reflexão sob a ótica dos Direitos Humanos dos Pacientes. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 4, p. 135-155, out./dez. 2020. p. 140
[68] Ibidem, p. 140
[69] PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579–4589, dez. 2011. p. 4583.
[70] Ibidem, p. 4583.

A tônica dos hospitais psiquiátricos era de desprezo aos direitos humanos. São abundantes os relatos de tortura de pacientes, violência por parte dos funcionários, excesso de medicação, mortes provocadas e cemitérios clandestinos.[71] O livro de Daniela Arbex "Holocausto brasileiro", por exemplo, expõe as condições desumanas às quais eram submetidos os pacientes hospital de Barbacena em Minas Gerais. Nesse complexo médico, em média dezesseis internos morriam diariamente durante os períodos de maior lotação do hospital devido à subnutrição, às péssimas condições de higiene e de atendimento.[72]

Face a essa barbárie, iniciou-se o movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil ao final dos anos 70, formado por profissionais da área de saúde e usuários dos serviços de saúde mental. Em 1987, o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, foi um marco de articulação de diferentes movimentos sociais em torno da Reforma Psiquiátrica, onde se acordou o lema "por uma sociedade sem manicômios".[73]

Segundo Pablo Perrone, as reivindicações fundamentais desse movimento envolviam tanto a promoção da desospitalização da população cronicamente internada, quanto a desinstitucionalização.[74] Buscava-se, assim, a superação da cultura institucional e a eliminação de suas consequências negativas, como a violência, o isolamento e a falta de dignidade na atenção à saúde mental.[75]

Tendo em vista essas demandas, em 1989, o parlamentar Paulo Delgado (PT-MG) propôs o projeto de lei nº 3.657/89, que visava impedir a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos e direcionar recursos para a criação de serviços não manicomiais de assistência à saúde mental.[76]

No ano seguinte, ocorreu a "Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina", organizado pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Nessa Conferência, foi adotada a Declaração de Caracas, documento que marca a reestruturação do modelo de assistência em saúde mental nas Américas, determinando a adequação da legislação dos países para assegurar o respeito aos direitos

---

[71] MAIA, Ari F.; GRADELLA JÚNIOR, Osvaldo. A educação em direitos humanos como suporte às políticas antimanicomiais: história e memória. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021.
[72] ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileir**o. São Paulo: Intrínseca, 2019, p. 60.
[73] PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579–4589, dez. 2011. p. 4583.
[74] PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, fev 2014, p. 569-580. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gJzS9QGqKpdgVLBJrLKBHzg/?lang=pt#>. Acesso em: 10/11/2023. p. 571.
[75] Ibidem, p. 571.
[76] PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579–4589, dez. 2011. p. 4585.

humanos das pessoas com transtornos mentais e promover a organização de serviços comunitários de saúde mental, a fim de proporcionar a permanência do enfermo no seu meio.[77] Havia, portanto, uma convergência em nível nacional e interamericano em torno da necessidade reforma do modelo de assistência em saúde mental.

No entanto, foi apenas após doze anos de discussões, resistência e emendas ao o projeto de Lei nº 3.657/89[78] que ele foi enfim aprovado pelo Congresso. Uma das causas da maior abertura por parte dos opositores do projeto foi justamente a morte de Damião Ximenes Lopes em 1999, que trouxe grande notoriedade ao tratamento desumano conferido às pessoas internadas em hospitais psiquiátricos no Brasil.[79] Assim, no dia 06 de abril de 2001, a Lei nº 10.216/2001 foi sancionada, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental.

A lei estabeleceu que a finalidade do tratamento é a reinserção do paciente em seu meio, de modo que a internação só é indicada em caso de insuficiência dos recursos extra hospitalares (art. 4º, caput e §1º). Além disso, garantiu às pessoas internadas o direito à

---

[77] "DECLARAM
1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais." (OEA; OMS; OPAS. **Declaração de Caracas**. 1990. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 18/09/2023).

[78] PRADO, Y.; SEVERO, F.; GUERRERO, A. Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe3, p. 250–263, out. 2020.

[79] "A condenação é posterior à aprovação da lei, mas possuiu grande importância todo o caso e o respectivo processo, pois trata-se da construção de um reconhecimento de organismo internacional e, também, pelo próprio Brasil de que tal exemplo era uma realidade entre várias análogas no País. À medida que o processo evoluía até a condenação e a situação se tornara pública por meio da mídia, crescia a ideia da necessidade de aprovação de uma lei nesse sentido. Assim coube ao Estado acelerar o processo de aprovação da lei, a fim de evitar problemas diplomáticos, considerando que o Brasil era signatário da Convenção Americana de Direitos Humanos. Há, então, alguma urgência, mesmo que não tenha causado concessão total por parte dos setores mais reacionários" (Ibidem, p 259).

assistência integral (art. 4º, §2º) e proibiu a internação em instituições com características asilares (art. 4º, § 2º e 3º).[80]

Dessa forma, a Lei nº 10.216/2001 instaurou o modelo psicossocial para a atenção em saúde mental, o qual "possui, como objeto do cuidado, a existência de sofrimento da pessoa, sendo considerado como um campo transdisciplinar com diversidades de intervenção, no qual há múltiplos profissionais e atores no cuidado".[81] A adoção do modelo psicossocial envolve fatores subjetivos e socioculturais ao cuidado de saúde mental, indo além da dinâmica sujeito-objeto que pauta o modelo médico tradicional.[82]

Para a efetivação da reforma psiquiátrica, Ministério da Saúde editou a Portaria nº 336 do, de 19 de fevereiro de 2002, dando existência institucional aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS),[83] que prestam serviços ambulatoriais de atenção em saúde mental, substitutivos às internações em manicômios.[84] Com abordagem territorial, ou seja, com objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, os CAPS realizam acompanhamento clínico visando à reinserção social dos pacientes "pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos e fortalecimento dos laços familiares e comunitários".[85] Assim, essas unidades de atenção em saúde mental usam outras abordagens de cuidado para além da medicalização, enxergando o sujeito e o adoecimento mental nas suas dimensões psicológicas, sociais e ambientais.

Na mesma portaria, foi criada a modalidade de CAPS-ad, destinada às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Por meio do CAPs-ad, passou-se a implementar a redução de danos, que compreende um conjunto de estratégias de saúde

---

[80] BRASIL. **Lei n º 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 14/11/2023.

[81] CARDOSO, Ângela Maria Rosas; ALBUQUERQUE, Aline. O modelo de assistência à saúde mental das pessoas em uso problemático de drogas: uma reflexão sob a ótica dos Direitos Humanos dos Pacientes. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 4, p. 135-155, out./dez. 2020, p. 140.

[82] PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, fev 2014, p. 569-580. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gJzS9QGqKpdgVLBJrLKBHzg/?lang=pt#>. Acesso em: 10/11/2023. p. 571.

[83] O primeiro CAPS no Brasil foi criado ainda em 1987, baseando seu funcionamentos na psicanálise, uso racional dos psicofármacos e nas práticas de inclusão social. "Tornou-se exemplo de um novo modelo de cuidado em saúde mental , construindo um modo de cuidar, sobretudo de pessoas psicóticas, mas também de não psicóticas, das suas famílias, de suas moradias, de suas artes, do seu trabalho, da sua renda... no território" (PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579–4589, dez. 2011.)

[84] CARDOSO, Ângela Maria Rosas; ALBUQUERQUE, Aline. O modelo de assistência à saúde mental das pessoas em uso problemático de drogas: uma reflexão sob a ótica dos Direitos Humanos dos Pacientes. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 4, p. 135-155, out./dez. 2020, p. 136.

[85] Ibidem, p. 140

pública com foco na redução das consequências negativas resultantes do uso abusivo de drogas, sem exigir a abstinência do paciente como pressuposto do tratamento.[86] Desse modo, no cuidado às pessoas que fazem uso nocivo de substâncias psicoativas, o modelo psicossocial se compatibiliza com a redução de danos.

Em 2011, os serviços de atenção em saúde mental foram organizados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, "com os objetivos de ampliar o acesso à atenção psicossocial e de garantir a articulação de pontos de atenção à saúde, no âmbito do SUS".[87]

Estabelecidas as bases para o novo modelo de atenção em saúde mental, houve um significativo avanço na implementação da reforma psiquiátrica ao longo dos 2000.[88] Os dados divulgados na publicação "Saúde Mental em Dados" indicam um crescimento contínuo da cobertura de CAPS em todas as regiões do Brasil entre 2003 e 2010. Mostrou também que entre dezembro de 2002 e 2010, cerca de 18.000 leitos psiquiátricos de baixa qualidade assistencial foram fechados.[89]

Esse percurso narrado desde o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental indica que os movimentos que se iniciaram nos anos 70 pela reforma psiquiátrica foram bem sucedidos no sentido de alterar os rumos da política do Estado de assistência à saúde mental. No entanto, esse processo não ocorreu sem resistência por parte daqueles que ainda defendiam o hospital psiquiátrico e a autoridade médica sobrepondo-se à autonomia do "louco incapaz".[90]

Essa resistência à política de saúde mental pautada pela reforma psiquiátrica se fortaleceu a partir do ano de 2016, com o *impeachment* sofrido pela então presidente da

---

[86] Ibidem, p. 143.
[87] Ibidem, p. 136.
[88] "Pode-se dizer que o avanço mais consistente da reforma psiquiátrica brasileira acontece nessa década. Um arcabouço normativo importante trata da expansão da rede comunitária e do controle dos hospitais, onde as Portarias 336 e 189 expandem os CAPS e duas portarias, 106 e 1.220, ambas de 2000, instituem os "serviços residenciais terapêuticos (SRT)" a fim de viabilizar a reinserção social na comunidade dos moradores de hospitais cronicamente internados. Aliadas às portarias que deram existência institucional aos CAPS e NAPS (336/2001), se constituem em importantes instrumentos normativos da Reforma. Começa então a era mais vigorosa para a gestão da política de saúde mental no Brasil (2000 - 2011) onde uma equipe dedicada, sob a coordenação de Pedro Gabriel Delgado, liderança respeitada do movimento da luta antimanicomial, geriu de forma competente os interesses da Reforma Psiquiátrica, por uma década". (PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579–4589, dez. 2011. p. 4586).
[89] BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 8**. 2003-2010. Ano VI, nº 8, janeiro de 2011. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf>. Acesso em: 06/12/2023.
[90] PRADO, Y.; SEVERO, F.; GUERRERO, A. Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe3, p. 250–263, out. 2020. p. 261.

República. As novas autoridades de saúde pública, desde logo, anunciaram seu propósito de realizar uma reestruturação da política de atenção em saúde mental, com a revisão das diretrizes do Ministério da Saúde sobre internações em hospitais psiquiátricos e adoção da abstinência como estratégia prioritária de atenção aos usuários de drogas.[91]

Dentre os atos normativos que demarcam essa virada na política nacional de saúde mental, destaca-se a Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite, de 14 de dezembro de 2017, que estabelece novas diretrizes para o funcionamento da RAPS. Esse documento traz "pela primeira vez, desde que a Reforma Psiquiátrica passou a pautar as políticas de saúde mental, o hospital psiquiátrico como parte integrante do cuidado na rede, além de apontar para um maior financiamento deste".[92]

A Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, por sua vez, instituiu o CAPS-ad IV, "o qual desvirtua a lógica de cuidado dos demais CAPS", apresentando características estruturais de "um pequeno hospital psiquiátrico". Indica-se, no documento, a construção de tais unidades junto às cenas de uso de substâncias psicoativas, tornando o CAPS-ad IV uma estrutura voltada para internações involuntárias de pessoas nessas localizações.[93]

Portanto, os agentes sociais contrários aos avanços da reforma psiquiátrica encontram espaço na política proibicionista e no pânico criado sobre a questão das drogas para fazer avançar pautas pelo restabelecimento de instituições manicomiais.[94] Nesse contexto, um ponto central do debate sobre os modelos de assistência em saúde mental contemporaneamente é a inclusão das Comunidades Terapêuticas (CTs) à oferta do Estado brasileiro de atenção às pessoas que fazem uso nocivo de substâncias psicoativas.

As Comunidades Terapêuticas são instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime de residência, e que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência

---

[91] SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. (Org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8856>. Acesso em 03/11/2023. p. 30.

[92] CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, p. 5

[93] Ibidem, p. 7.

[94] BARBOSA, Amanda Souza; SCHIOCCHET, Taysa. **(DES)ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE DEPENDENTES QUÍMICOS EM SITUAÇÃO DE RUA**. 18ª Semana de mobilização científica: direitos humanos, ética e dignidade. Disponível em: <https://www.academia.edu/26071016/_Des_assist%C3%AAncia_%C3%A0_sa%C3%BAde_de_dependentes_qu%C3%ADmicos_em_situa%C3%A7%C3%A3o_de_rua>. Acesso em: 05/12/2023. p. 4.

entre os pares, segundo a Resolução RDC Anvisa nº 29/2011, que disciplina os requisitos de segurança sanitária dessas instituições.[95]

Elas foram idealizadas nos anos 1950 pelo inglês Maxwell Jones, como modelo alternativo ao modelo asilar para atenção às pessoas com transtornos mentais.[96] No Brasil, as CTs estão presentes desde os anos 60, e ganharam um contorno próprio enquanto instituições não governamentais, frequentemente de matriz religiosa/espiritual, voltada para a atenção de pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas.

O Ipea, com base em *Survey* respondido por 500 dessas instituições e em etnografia de 10 CTs, elaborou um perfil do modelo de assistência prestado por essas instituições, descrevendo-o do seguinte modo:

> Pode-se dizer, assim, que o modelo das CTs consiste em um dispositivo estruturado sobre a tríade trabalho-disciplina-espiritualidade, onde sujeitos isolados e em vivência comunitária são submetidos a rotinas e atividades, sob a orientação de um "grupo de pares" e de equipes multiprofissionais, por um tempo determinado. Estes elementos, combinados, traduziriam o esforço de transformação de condutas e de promoção de "novos sujeitos", preconizado pelo modelo das CTs.[97]

Assim, o modelo das CTs é baseado no afastamento dos acolhidos do convívio social no período em que permanecem na residência, buscando um rompimento com as relações prévias que são tidas como uma das causas do uso de substâncias.

Nesse período de permanência na CT, os residentes compartilham os mesmos espaços, rotinas e até atividades de lazer. Através dessa "convivência entre os pares", busca-se criar uma plataforma comum para o aprendizado e a reorientação para uma vida sem drogas.[98] Há, portanto, uma hierarquização entre os residentes dessas instituições, na qual aqueles que já tenham cumprido metas terapêuticas do programa podem exercer funções de suporte e vigilância de outros acolhidos.[99] Cumpre ressaltar que uma parcela considerável do pessoal

---

[95] BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC Anvisa nº 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html>. Acesso em: 13/11/2023.

[96] CONECTAS DIREITOS HUMANOS; CEBRAP. **Financiamento Público de Comunidades Terapêuticas Brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 9.

[97] IPEA. **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf>. Acesso em: 03/11/2023., p. 9.

[98] Ibidem, p. 8.

[99] Ibidem, p. 8.

que trabalha nas CTs é constituída por monitores e voluntários, que são ex-residentes ou residentes mais antigos.[100]

Os principais pilares das práticas de atenção adotadas nessas instituições são: o (i) trabalho, na forma de "laborterapia", consistindo primordialmente em atividades de manutenção da residência; (ii) disciplina, com a imposição de uma rotina de atividades e um conjunto de regras que devem ser seguidas pelos residentes, sob pena de aplicação de sanções; (iii) espiritualidade, que consiste na adoção de práticas religiosas ou espirituais, na busca de promover uma reforma moral dos sujeitos.[101]

Para além da espiritualidade, observa-se que as CTs têm se apropriado de recursos de natureza técnico-científica também, como pontua Loeck:

> Geralmente supõe-se que tais entidades trabalham para um tipo de transformação moral-subjetiva guiada por princípios religiosos-espirituais, mas é importante notar a inserção cada vez maior de conceitos e práticas de natureza técnico-científica (biomédica) nessas instituições. Em muitas CTs, hoje, além das características comuns apontadas anteriormente, há elementos que indicam ambientes heterogêneos de características tanto religiosas-espirituais quanto técnico-científicas: o uso do discurso biomédico de doença; a presença de profissionais das áreas da saúde e da psicologia; o uso de terapias individuais e de grupo, com base na psicologia; o uso de medicações psiquiátricas. Em outra oportunidade, este autor sugeriu que, de certa forma, pecado e doença passam a se misturar nesses casos, o que traz relevantes implicações para todo o processo terapêutico.[102]

Portanto, o fundamento que embasa esse modelo de atenção são representações sobre a adicção e a pessoa do adicto, a qual teria características comportamentais inadequadas para o "bem-viver".[103] Segundo essa perspectiva, a pessoa adicta é "doente" ou "moralmente fraca", de modo que o objetivo do programa terapêutico das CTs seria a sua reforma moral. Tendo isso em vista, as CTs têm a abstinência como um pressuposto do tratamento e a renúncia definitiva ao uso de drogas como finalidade do tratamento.

Apesar de se tratarem de instituições privadas, as CTs passaram a integrar a oferta pública de atenção às pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas através de diversos atos normativos. Em 2011, a Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde, elencou como um dos componentes da RAPS os "serviços de atenção em regime residencial", categoria em que se inserem as CTs.

---

[100] Ibidem, p. 8.
[101] Ibidem, p. 8.
[102] Loeck, Jardel Fischer. A fiscalização das comunidades terapêuticas pela vigilância sanitária municipal e suas implicações práticas: o caso de um município de grande porte brasileiro. In: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). **Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil**. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021, p. 52.
[103] IPEA. **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf>. Acesso em: 03/11/2023., p. 9.

A inclusão dessas instituições à RAPS se deu concomitantemente à ampliação do seu financiamento público.[104] Em 2010, o Governo Federal havia instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Decreto nº 7.179/2010), a partir do qual foi lançado o programa "Crack, é Possível Vencer" em 2011. Com isso, passou a apoiar financeiramente as CTs, por meio do financiamento de vagas nessas instituições com recursos públicos federais.[105]

Com a crescente normatização das CTs e a abertura de caminhos para seu financiamento pelo Estado, elas se tornaram objeto de controvérsia no debate público.[106] Em um dos campos de disputa, a questão que se coloca é se as CTs se enquadram nas características do modelo psicossocial instituído pela Reforma Psiquiátrica, ou se as suas abordagens de assistência seriam mais próximas àquelas adotadas pelo modelo manicomial.

A Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) postula a adequação das CTs ao modelo psicossocial.[107] Perrone, ao comparar as bases conceituais do modelo das CTs em relação ao modelo da reforma psiquiátrica, observou que há mais aproximações do que diferenças entre ambos. De fato, pode-se argumentar que elementos da abordagem psicossocial estão presentes no modelo das CTs.

Segundo afirma De Léon, a convergência do modelo de cuidado das CTs com o modelo psicossocial se dá na medida em que as relações interpessoais dos acolhidos nessas instituições é tido como o principal agente de modificações de comportamento.[108] Além disso, De Léon argumenta que as CTs possuem uma abordagem de cuidado integral, implicando todo o universo psicológico e emocional do dependente, de modo que afirma "não é a droga, mas a pessoa inteira, o problema a ser tratado".[109] Isso implica abordar como o dependente se

---

[104] O financiamento de vagas em CTs com recursos públicos estaduais e municipais já era prática comum nos estados e municípios brasileiros (WEBER, Renata. O financiamento público de comunidades terapêuticas: gastos federais entre 2010 e 2019. RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). In: **Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil**. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021, p. 30).
[105] Ibidem, p. 35.
[106] SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. (Org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8856>. Acesso em 03/11/2023. p. 17.
[107] FEBRACT. **Pronunciamento sobre relatório da inspeção nacioal e comunidades terapêticas**. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/06/PRONUNCIAMENTO-FEBRACT-SOBRE-RELATORIO-NACIONAL-DE-CTS-CFP-MPF-MPCT.pdf>. Acesso em: 05/12/2023.
[108] De Leon, George. **A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método**. 2ª Edição. São Paulo: Edições Loyola, 2008 apud PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, fev 2014, p. 569-580. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gJzS9QGqKpdgVLBJrLKBHzg/?lang=pt#>. Acesso em: 10/11/2023.p. 573.
[109] Ibidem, p. 573.

comporta, pensa, sente, gerencia suas emoções e frustrações, lida com suas culpas e tristezas, e se comunica tanto com o mundo externo quanto com o interno.[110]

Entretanto, apesar da aproximação do modelo das CTs em sua origem com o modelo psicossocial, o modelo empregado atualmente pelas CTs brasileiras é visto pela maioria dos autores como contrário aos princípios da reforma psiquiátrica. Devido às suas práticas de internação prolongada[111] a fim de obter uma reforma moral do sujeito, as CTs são criticadas por estudiosos, profissionais da área de saúde mental e outros atores sociais.

Maria Paula Gomes dos Santos afirma que o modelo das CTs está associado a práticas de atenção em saúde mental anteriores à reforma psiquiátrica. Isso inclui o isolamento social dos residentes, que são submetidos a rigorosas normas de comportamento e ficam sob a vigilância e tutela de uma equipe dirigente. Sob a premissa de que os usuários de drogas têm falta de controle sobre sua própria vontade, a estratégia de atenção pautada na abstinência não os vê como sujeitos capazes de desfrutar de liberdade de autonomia.[112] Ademais, a autora indica que o modelo de atenção das CTs, ao se pautar na abstinência como pressuposto do tratamento, se opõe à estratégia preconizada pelos CAPS-ad de redução de danos.[113]

Para Bolonheis-Ramos e Boarini, as propostas das CTs se aproximam das ideias defendidas pelos higienistas no início do século XX.[114] As autoras consideram as práticas e discursos moralizantes dessas instituições como formas contemporâneas de exclusão,

---

[110] Ibidem, p. 573.

[111] "Como foi possível constatar em pesquisa de campo, e também pelos dados do *survey* da pesquisa Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras (Ipea, 2017), a maioria das CTs no país organiza o tratamento em três ou quatro etapas, distribuídas ao longo da duração da internação, variando de seis a dezoito meses. Muitas adotam o período de nove meses, associando o término da internação a um "novo nascimento" daqueles que concluíram todas as fases previstas." (SOUZA, Letícia Canonico; NUNES, Matheus Caracho; SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Tempo e Subjetivação em Comunidades Terapêuticas. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. (Org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8856>. Acesso em 03/11/2023. p. 71).

[112] SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. (Org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8856>. Acesso em 03/11/2023. p. 23

[113] Santos ressalta que a controvérsia em torno das CTs se insere em uma disputa mais ampla sobre os modelos de cuidados às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Trata-se da oposição entre modelos calcados pela abstinência versus modelos calcados pela redução de danos. Nos primeiros (adotado pelas CTs e por outros grupos de ajuda mútua, como Alcoólicos Anônimos), a abstinência é uma condição prévia para o tratamento, sob a premissa de que usuários de drogas não tem controle sobre sua própria vontade. Nos que adotam a estratégia de redução de danos, o objetivo do tratamento é mitigar os prejuízos do uso do álcool e outras drogas, sem que se imponha a abstinência como condição para o tratamento. Assim, há maior respeito da autonomia e liberdade de escolha dos usuários de substâncias psicoativas (ibidem, p. 23-24).

[114] BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: "novas" perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro**, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1231-1248.

destinadas aos indivíduos considerados "interditados", a semelhança entre o papel dos asilos como destinos para pessoas “mentalmente perturbadas” em séculos passados.[115]

Marco Antônio Carvalho Natalino avaliou o enquadramento das CTs como instituições totais,[116] de acordo com a teoria desenvolvida por Erving Goffman,[117] abordando três dimensões centrais desse conceito: (i) indistinção entre espaço público e privado; (ii) isolamento do mundo exterior; e (iii) controle social dos institucionalizados por um corpo administrativo.[118] Concluiu-se que todas essas dimensões estão presentes no funcionamento das CTs, as quais promovem a “mortificação do eu” conforme fenômeno descrito por Goffman em relação aos manicômios, prisões e conventos. Ao refletir sobre o funcionamento interno das CTs e os efeitos disso sobre o destino social dos egressos, afirmou que:

> [...] as CTs administram a reinvenção do eu incutindo no indivíduo as renúncias ao mundo que são próprias à sua configuração ideológica e social. Essa renúncia, independentemente do juízo de valor que dela façamos, limita o campo de possibilidades de reconstrução de vínculos com o mundo civil, e amplia a dependência em relação ao mundo moral e ao regime disciplinar proporcionado pela instituição. Como consequência, pode-se observar, no processo de “alta”, o mesmo fenômeno identificado por Goffman (2005): o aprendizado institucional não necessariamente se converte em recursos para a reparação dos vínculos com a sociedade mais ampla.[119]

Similarmente, a Inspeção Nacional das CTs realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e

---

[115] Ibidem, p. 1236.

[116] Natalino ressalta que o conceito se refere a “uma família de atributos semelhantes, que se observam de forma intensa nessas organizações, mas cuja intensidade e mesmo a presença de cada atributo é particular a cada caso”. Desse modo, o conceito de instituição total reflete uma realidade concreta a partir de características comuns a diversos estabelecimentos, como os manicômios, as prisões e os conventos, mas não se exclui a particularidade de cada uma dessas situações. Assim, os diferentes casos concretos possuem também diferentes graus de fechamento para o mundo exterior e diferentes intensidades de intromissão na vida psíquica do interno. Portanto, o autor analisou o enquadramento das CTs enquanto instituições totais, levando em conta as peculiaridades desse modelo institucional (NATALINO, Marco Antônio Carvalho. Isolamento, Disciplina e Destino social em Comunidades Terapêuticas. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. (Org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8856>. Acesso em 03/11/2023. p. 41-2).

[117] Conforme a referida teoria, as instituições totais são: “[...] locais de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005, p. 11 apud NATALINO, Marco Antônio Carvalho. Isolamento, Disciplina e Destino social em Comunidades Terapêuticas. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. (Org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8856>. Acesso em 03/11/2023, p. 39)

[118] NATALINO, Marco Antônio Carvalho. Isolamento, Disciplina e Destino social em Comunidades Terapêuticas. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. (Org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8856>. Acesso em 03/11/2023. p. 38

[119] Ibidem, p. 56.

pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC-MPF), denunciou a ausência de um projeto de desinstitucionalização e retorno da vida em sociedade, o que acaba por transformar a permanência nas CTs, enquanto monitores ou voluntários, a única opção no horizonte de possibilidades para muitos internos, traduzindo-se em reclusão e isolamento por longos períodos.[120]

Nota-se, portanto, que, embora as CTs tenham surgido como proposta alternativa aos manicômios, as práticas que elas adotam contemporaneamente conformam reminiscências do modelo manicomial no cuidado às pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas. Assim, com o processo de desestruturação da Reforma Psiquiátrica mencionado, as CTs ganharam ainda mais espaço na política nacional de saúde mental.

Um exemplo disso foi a Portaria nº 3.449/2018 do Ministério da Saúde, que criou o Comitê das Comunidades Terapêuticas, com objetivo de propor normas de regulação para essas instituições no âmbito das políticas públicas para atenção de pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas.

Já em 2019, a partir do início da gestão do ex-Presidente Jair Bolsonaro, houve uma guinada decisiva à extrema-direita, cujo reflexo se fez sentir também na política nacional de saúde mental e na política sobre drogas.[121] O Decreto nº 9.761/2019, por exemplo, que aprovou a Política Nacional Sobre Drogas (PNAD), previa a abstinência como orientação geral de tratamento, e adotava como uma de suas diretrizes "Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o trabalho de comunidades terapêuticas [...]" (Decreto nº 9.761/2019, Anexo, item 5.2.5).

Com a edição da Lei nº 13.840/2019, que altera a Lei nº 11.343/2006, foi incluída à Lei de Drogas a Seção VI, que trata do "Acolhimento em Comunidade Terapêutica Acolhedora", de modo a introduzir essas instituições, que antes eram regulamentadas por Portarias do Ministério de Saúde, no ordenamento jurídico brasileiro.[122]

---

[120] CFP; MNPCT; PFDC-MPF. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. 1. Ed. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 89.

[121] RESENDE, Noelle Coelho. Marco normativo das comunidades terapêuticas no Brasil: disputas de sentido e nós jurídicos. In: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). **Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil**. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021, p. 21.

[122] BORGES, Gabriela Varga. **Só por hoje funciona? Uma análise da violação de direitos promovida por comunidades terapêuticas no tratamento de pessoas que fazem uso nocivo de substâncias psicoativas**. Monografia (Bacharelado em Direito) - Faculdade de Direito da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2022, p. 8.

Essas conquistas das CTs no campo normativo foram revertidas também no incremento do investimento público nessas instituições. No levantamento sobre o financiamento público das CTs entre os anos de 2017 e 2020 realizado pela Conectas Direitos Humanos e pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), apontou-se que foi investido um total de quase R$ 600 milhões de reais, contando o financiamento federal, estadual e municipal, com valores corrigidos para o ano de 2020.[123] Nesse período, observou-se também o expressivo crescimento de cerca de 109% do investimento anual federal em CTs.[124]

Concomitantemente a isso, foi reduzido o investimento na expansão dos Centros de Atenção Psicossocial. Com base nos dados do Ministério da Saúde até 2018, Cruz, Gonçalves e Delgado observaram que, desde 2016, o incremento anual de CAPS decaiu expressivamente, mesmo levando em conta que ainda não havia atingido um nível suficiente de cobertura desses serviços no território nacional.[125] Segundo os autores, a desaceleração drástica do ritmo de implantação de CAPS indica um processo de desistência e estagnação da reforma psiquiátrica.

Esse processo de ampliação de dispositivos com características manicomiais, como as próprias CTs, e de precarização da rede de atenção psicossocial, ou até de sua descaracterização, como a criação do CAPS-ad IV, suscita preocupação do ponto de vista do respeito aos direitos humanos no contexto de assistência em saúde mental.

Após os fatos do caso Ximenes Lopes vs. Brasil, muito se avançou em termos da preservação da dignidade das pessoas sob assistência à saúde mental no país, contudo diversas práticas observadas em CTs são apontadas "tão desumanas e iatrogênicas quanto às das antigas instituições asilares manicomiais, sem garantir minimamente a preservação dos direitos humanos mais básicos".[126]

---

[123] CONECTAS DIREITOS HUMANOS; CEBRAP. **Financiamento Público de Comunidades Terapêuticas Brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 25.

[124] Ibidem, p. 23.

[125] CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, p. 14.

[126] CARDOSO, Ângela Maria Rosas; ALBUQUERQUE, Aline. **O modelo de assistência à saúde mental das pessoas em uso problemático de drogas: uma reflexão sob a ótica dos Direitos Humanos dos Pacientes**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 9, n. 4, p. 135-155, out./dez. 2020. p. 144.

4 VIOLAÇÕES AOS PARÂMETROS INTERAMERICANOS DE PROTEÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS SOB ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Em face do desmonte da reforma psiquiátrica a partir do ano de 2016, os representantes do Sr. Damião Ximenes Lopes solicitaram a realização de uma audiência de supervisão do cumprimento de sentença perante a Corte IDH, sustentando que o Brasil se encontrava em "processo de franco retrocesso em relação às políticas da reforma psiquiátrica".[127] Na audiência realizada no dia 23 de abril de 2021, a representação das vítimas denunciou a ampliação do investimento em comunidades terapêuticas e a precarização da rede de serviços territoriais e comunitários.[128] As vítimas asseveram que o conjunto de decretos e portarias da administração estatal apontam para a volta de uma política pública de isolamento, retornando ao contexto que gerou os fatos do caso Ximenes Lopes.[129]

No seu relatório sobre a "Situação dos Direitos Humanos no Brasil", publicado em 2021, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) dedicou um item às comunidades terapêuticas, observando-se que se podem "traçar paralelos entre as condições problemáticas encontradas nas comunidades terapêuticas e no sistema prisional".[130] Das informações que foram prestadas à CIDH na visita *in loco* ao Brasil em 2018, foram constatadas diversas práticas arbitrárias e violadoras de direitos humanos nas CTs.

Tendo em vista que denúncias referentes às condições dos direitos humanos em comunidades terapêuticas chegaram ao SIDH, gerou-se inquietação quanto à repetição de fatos tais quais as violações do caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Portanto, o presente capítulo busca verificar se as características e práticas das adotadas nas CTs configuram o descumprimento dos parâmetros interamericanos de proteção aos direitos humanos das pessoas sob assistência em saúde mental.

É relevante pontuar que essa análise se baseia na revisão de fontes que estudaram uma amostra não correspondente à totalidade das CTs operantes no território nacional. Portanto, é imperativo reconhecer que as constatações de possíveis violações não podem ser generalizadas, atribuindo a todas as CTs violações de direitos humanos. O foco central é

---

[127] Corte IDH. **Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil**. Supervisão de Cumprimento de Sentença. Resolução da Corte Interamericana de Direitos Humanos de 28 de janeiro de 2021. §35.
[128] Corte IDH. **Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil**. Supervisão de Cumprimento de Sentença. Audiência Pública da Corte Interamericana de Direitos Humanos de 23 de abril de 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=3jb6u-M2NJE>. Acesso em: 14/11/2023.
[129] Ibidem.
[130] CIDH. **Situação dos direitos humanos no Brasil**. 12 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/brasil2021-pt.pdf>. Acesso em: 14/11/2023. §224.

investigar se o Estado, responsável por garantir os direitos das pessoas em assistência em saúde mental, está agindo de maneira devidamente diligente ou se, ao contrário, está sendo omisso ao permitir a persistência de práticas que violam tais direitos em algumas dessas instituições.

Primeiramente, quanto à responsabilidade do Estado brasileiro por violações à CADH ocorridas no âmbito dessas instituições. Conforme definido no caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, como a saúde é um bem público cuja proteção é atribuição do Estado, cabe a ele o dever de regulamentar e fiscalizar os estabelecimentos que prestam assistência em saúde mental, sob pena de sua responsabilização por violações de direitos humanos praticadas nessas instituições.[131]

Desse forma, no que toca a regulamentação, além do arcabouço normativo já citado anteriormente aplicável a toda a prestação em saúde mental no Estado, destacam-se como marcos regulatórios das CTs: (i) a RDC nº 29/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento dessas instituições; (ii) a Resolução do CONAD nº 1/2015, que regulamenta as CTs no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e; (iii) a Lei nº 13.840/2019, que altera a lei de drogas e dispõe sobre o SISNAD.

Nenhuma dessas normas estabelece mecanismos satisfatórios para que se tenha uma fiscalização rigorosa das práticas de acolhimento promovidas pelas CTs e o respeito aos direitos humanos.[132] Isso se traduz na ausência de coordenação entre entidades estatais de fiscalização e, consequentemente, na baixa efetividade do monitoramento estatal das CTs.

Ao estudar práticas de inspeção pela vigilância sanitária municipal, Loeck constatou que as visitas se dão, em sua maioria, para emissão de alvará sanitário, sem uma avaliação qualitativa das práticas terapêuticas oferecidas pelas instituições.[133] Acrescentou que, da forma como estão organizadas juridicamente, a fiscalização sanitária não dá conta de contemplar todos os processos envolvidos no cotidiano de uma CT, porque as inspeções ocorrem normalmente "sem parceria com outros entes do poder público, tais como o

---

[131] Corte IDH. **Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil**. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 4 de julho de 2006. Série C No. 149, §90.
[132] RESENDE, Noelle Coelho. Marco normativo das comunidades terapêuticas no Brasil: disputas de sentido e nós jurídicos. In: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). **Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn**: Social Science Research Council, junho de 2021, p. 8-28.
[133] Loeck, Jardel Fischer. A fiscalização das comunidades terapêuticas pela vigilância sanitária municipal e suas implicações práticas: o caso de um município de grande porte brasileiro. In: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). **Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil**. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021, p. 56.

Ministério Público, as coordenadorias de saúde mental, as Defensorias Públicas, os conselhos de classe, dentre outras".[134]

Nos relatos de Duarte e Glens sobre fiscalizações realizadas em CTs pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPE-SP) e pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP), constatou-se que muitas das CTs inspecionadas em que foram encontradas situações violações de direitos humanos tinham alvará sanitário.[135] Ou seja, haviam passado por inspeção do órgão sanitário, o qual não identificou ou tomou providências quanto às violações, indicando lacunas na atuação dessa entidade.[136] Os autores indicaram, igualmente, uma lacuna na atuação Ministério Público, órgão que possui importante atribuição fiscalizatória em relação à garantia do respeito aos direitos humanos.[137]

Percebe-se, portanto, que a regulamentação e fiscalização estatal das CTs é falha, o que, segundo a CIDH, "abre espaço para que práticas arbitrárias e violadoras de direitos humanos ocorram no âmbito dessas instituições."[138] Isso se torna mais grave levando em conta, conforme destacado pela Corte IDH, a vulnerabilidade das pessoas que se encontram institucionalizadas em estabelecimentos de saúde mental. No relato das inspeções da DPE-SP e CRP-SP, notou-se que as pessoas que sofrem violações de direitos dentro das CTs não são a principal fonte de denúncias, o que pode ser explicado pelo seu temor de sofrer represálias.[139] Assim, o monitoramento estatal rigoroso, contínuo e regular dessas instituições torna-se ainda mais relevante. As inspeções pelos órgãos fiscalizatórios estatais não podem se limitar somente aos casos de denúncia de violação.

Com relação aos parâmetros interamericanos sobre o direito à autonomia das pessoas sob assistência em saúde mental, bem como seu direito ao consentimento informado, a Corte IDH ressalta que a deficiência ou o transtorno mental não podem ser convertidos em incapacidade. Assim, não se deve utilizar os transtornos decorrentes do uso problemático de

---

[134] Ibidem, p. 62.
[135] DUARTE, Carolina Gomes; GLENS, Mathias Vaiano. Fiscalização em comunidades terapêuticas: uma análise da experiência da defensoria pública do Estado de São Paulo. RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). **Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil**. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021, p. 73.
[136] Ibidem, p. 73.
[137] Ibidem, p. 73.
[138] CIDH. **Situação dos direitos humanos no Brasil**. 12 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/brasil2021-pt.pdf>. Acesso em: 14/11/2023. §229.
[139] DUARTE, Carolina Gomes; GLENS, Mathias Vaiano. Fiscalização em comunidades terapêuticas: uma análise da experiência da defensoria pública do Estado de São Paulo. RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). **Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil**. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021. p. 71.

substâncias psicoativas como razão para impor tratamentos não consensuais às pessoas que fazem uso dessas substâncias.

Portanto, o ingresso de pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas nas CTs deve se dar voluntariamente pela pessoa que será acolhida. Assim dispõe o art. 26-A, inc. II, da Lei de Drogas, introduzido pela Lei nº 13.840/2019, determinando que o acolhimento em CT será caracterizado por "adesão e permanência voluntária, formalizados por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário de drogas ou dependente de drogas".[140] Além disso, a Lei nº 13.840/2019, veda "a realização de qualquer modalidade de internação das comunidades terapêuticas acolhedoras",[141] ou seja, não podem ser realizadas internações involuntárias e compulsórias nessas instituições.

Apesar da referida proibição, algumas CTs têm atuado à margem da lei para atender à demanda por "tratamentos" contra a vontade de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, especialmente a pedido de familiares. Nas práticas em saúde mental, a internação forçada, especialmente quando relacionada ao uso problemático de substâncias, é utilizada sob a justificativa de que a pessoa usuária de drogas é incapaz de decidir por si própria e é perigosa para outros.[142]

No perfil elaborado pelo Ipea, baseado nas respostas de 500 CTs, observou-se que a entrada em CTs se dá, em 88% dos casos, por meio de familiares e não pela própria vontade do acolhido, e essa responsabilização implica, com frequência, "o pagamento do acolhimento e a tomada de decisões, no âmbito da internação, em nome do acolhido".[143] Em caso de desistência do tratamento, 84,7% das CTs informaram que só realizavam o desligamento após autorização da família ou pessoa de referência.[144]

---

[140] Ibidem.
[141] BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm>. Acesso em: 14/11/2023.
[142] DUARTE, Carolina Gomes; GLENS, Mathias Vaiano. Fiscalização em comunidades terapêuticas: uma análise da experiência da defensoria pública do Estado de São Paulo. RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). **Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil**. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021. p. 77.
[143] IPEA. **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 26.
[144] Ibidem, p. 26.

Além de internações involuntárias e compulsórias, nas Inspeções realizadas pelo CFP, MNPCT de pela PFDC-MPF em 28 CTs no ano de 2017, observou-se que, muitas vezes, apesar de a entrada do interno se dar voluntariamente, foi-lhes negada a possibilidade de deixar a instituição quando manifestaram essa vontade.[145] Trata-se, portanto, da conversão de internações voluntárias em internações involuntárias.

Outro dado alarmante é que em apenas 14% das CTs pesquisadas pelo Ipea os acolhidos eram autorizados a guardar consigo os seus próprios documentos.[146] Dessa forma, mesmo quando há uma suposta possibilidade de saída voluntária da pessoa internada, "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".[147]

Além disso, em nove das 28 CTs vistoriadas na Inspeção Nacional do CFP, MNPCT e da PFDC-MPF, admitiu-se a prática do resgate, que é o serviço de internamento forçado por meio de uma equipe que vai à residência da pessoa e a imobiliza, fazendo uso tanto de violência física quanto da administração forçada de medicamentos psicofármacos, contratado geralmente por familiar da pessoa a ser internada.[148] Nesses casos, para além de violações à autonomia do interno e ao seu direito ao consentimento informado, há violação do direito à integridade pessoal.

Tais práticas apontam para outra violação de um parâmetro estabelecido no caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Conforme determinado pela Corte IDH, os Estados parte da CADH devem adotar medidas para a proteção de pessoas com deficiência ou com transtornos mentais que vivem ou recebem tratamento em instituições psiquiátricas, pois elas são especialmente vulneráveis à tortura, tratamentos cruéis ou degradantes.[149] Cumpre ressaltar que os internos de CTs enfrentam uma situação semelhante à dos pacientes em hospitais psiquiátricos, devido à sua condição de isolamento e sujeição à equipe dirigente da instituição.

---

[145] CFP; MNPCT; PFDC-MPF. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. 1. Ed. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 72.

[146] IPEA. **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. Ibidem, p. 24.

[147] CFP; MNPCT; PFDC-MPF. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. 1. Ed. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 58.

[148] Ibidem, p. 117.

[149] Corte IDH. **Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil**. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 4 de julho de 2006. Série C No. 149, §106.

Nesse contexto, é fundamental considerar sua vulnerabilidade para a adoção medidas protetivas contra tortura, tratamentos cruéis ou degradantes em CTs.

Tendo isso em vista, salienta-se que um dos pilares do modelo de atenção das CTs é a disciplina, na forma da imposição de uma rotina rígida de atividades e de um conjunto de normas que devem ser seguidas pelos residentes.[150] Assim, é comum que as CTs apliquem sanções em caso de descumprimento dessas normas disciplinares, seja na forma de advertência oral, comunicação à família, ou algum tipo de restrição.[151] Em alguns casos, essas sanções se aplicam na forma de tratamentos cruéis ou degradantes, podendo configurar tortura.

Na Inspeção Nacional das CTs do CFP, MNPCT e da PFDC-MPF, verificou-se que em 16 dos 28 locais inspecionados, ocorriam situações que envolviam punições.[152] As sanções foram categorizadas em punições via restrições, punições por isolamento e confinamento e punições por agressão física. Em relação às punições por restrições, torna-se evidente "a permanência de uma lógica baseada na disciplina e não na atenção à saúde".[153] Foram relatados casos de restrições de sono, de restrição de atividades de lazer e de supressão de refeições.[154] Além disso, em dez das CTs vistoriadas, foram relatadas práticas de isolamento físico ou de confinamento dentro da própria instituição, em que internos são "presos" em quartos ou cubículo separados dos outros residentes[155].

Quanto às punições por agressão física, a Inspeção Nacional recebeu relatos do emprego de violência física sobretudo em casos de tentativas de fuga. Extraem-se os seguintes trechos dos relatórios das vistorias em duas CTs:

> 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)

---

150 IPEA. **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 23.

151 IPEA. **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 23.

152 CFP; MNPCT; PFDC-MPF. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. 1. Ed. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 112.

153 Ibidem, p. 114.

154 Ibidem, p. 114.

155 Ibidem, p. 115.

> 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)[156]

Também foi relatado na Inspeção Nacional o emprego de diferentes formas de contenção.[157] Essa prática viola outro parâmetro estabelecido pela Corte IDH para o contexto de assistência em saúde mental sobre o uso da sujeição. Segundo a Corte, a sujeição só pode ser usada como último recurso com a finalidade de proteção do paciente ou de terceiros. No caso de uso punitivo de quaisquer formas de sujeição, constitui-se tortura ou maus-tratos.

O que foi constatado nas CTs inspecionadas é que a contenção é frequentemente empregada de maneira que se assemelha a mera violência física. Extrai-se do Relatório, dentre outros, o seguinte relato de práticas abusivas de diferentes formas de contenção:

> [...] 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. [...] (MT 02 – Solares – Chapada dos Guimarães)[158]

É flagrante, portanto, o distanciamento entre qualquer atividade terapêutica ou de cuidado à saúde de tais práticas e métodos disciplinares e violentos adotados por algumas CTs. Isso contraria a determinação da Corte IDH no caso Ximenes Lopes Vs. Brasil de que os Estados devem garantir a acessibilidade dos serviços de saúde mental a todos que o necessitem, com tratamento digno, orientado pelo melhor interesse do paciente, de modo a minimizar os impactos da doença. A prática de tortura e outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante, quando infligidas às pessoas internadas em estabelecimentos de saúde mental, afetam gravemente sua integridade psíquica, física e moral, o que pode ter como consequência o agravamento da doença.[159]

---

[156] Ibidem, p. 116.

[157] No que tange à contenção, o Conselho Federal de Medicina a distingue em três categorias: "contenção física", a imobilização direta de uma pessoa no chão sem o uso de dispositivos; "contenção mecânica", que faz uso de equipamentos como macas baixas, faixas de restrição e outros instrumentos; e "contenção química", que emprega um ou mais medicamentos psiquiátricos, para impedir ou restringir os movimentos da pessoa. (Ibidem, p. 120)

[158] Ibidem, p. 117.

[159] Corte IDH. **Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil**. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 4 de julho de 2006. Série C No. 149, §107.

Além disso, a Corte IDH afirmou que os cuidados mínimos e condições dignas na assistência em saúde mental podem ser determinados pelos "Princípios para a Proteção das Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental das Nações Unidas". O Princípio 13 dessas normas dispõe que todo usuário de um estabelecimento de saúde mental deverá ser plenamente respeitado em seu direito à privacidade.

Porém, há uma clara indistinção entre a esfera pública e privada no modo como operam as CTs, conforme aponta Natalino.[160] O autor descreve que a Comunidade Terapêutica típica é um ambiente arquitetônico planejado para a partilha de todas as dimensões da vida, incluindo repouso e momentos de lazer.[161] Esse comunitarismo autárquico abrange aspectos como espiritualidade, cultura e cuidados de saúde, tornando-se evidente não apenas em relação à organização do espaço, mas também as atividades realizadas coletivamente como parte da rotina diária dos residentes.[162]

Assim, a rotina e regras impostas tendem à uniformização dos sujeitos, em detrimento da sua individualidade e privacidade. No levantamento realizado pelo Ipea, destacaram-se algumas restrições como o fato de que em um terço das CTs não era permitido que os residentes escolhessem seus próprios estilos de corte de cabelo.[163] Além disso, em 38% delas não era permitido o uso de roupas de preferência dos residentes[164], indicando mais uma forma de anulação das subjetividades.

O mesmo dispositivo 13 dos Princípios para a Proteção das Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental das Nações Unidas determina o respeito à liberdade de comunicação, na forma de visitas, serviços postais e telefônicos, acesso aos meios de comunicação, dentre outros. Em evidente contradição a essa diretriz, o isolamento dos residentes é um pressuposto do modelo de atenção implementado pelas CTs.

Essas instituições aplicam, então, um conjunto de práticas e características durante os longos períodos de internação que, individual e conjuntamente, impedem o contato dos

---

[160] NATALINO, Marco Antônio Carvalho. Isolamento, Disciplina e Destino social em Comunidades Terapêuticas. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. (Org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8856>. Acesso em 03/11/2023. p. 45.
[161] Ibidem, p. 45.
[162] Ibidem, p. 45.
[163] IPEA. **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 24.
[164] Ibidem, p. 24.

residentes com o mundo exterior. [165] Segundo o relatório da Inspeção Nacional do CFP, MNPCT e da PFDC-MPF, em todas as 28 comunidades vistoriadas, houve referência a um período inicial da internação em que os residentes são mantidos incomunicáveis, sendo esse período geralmente de um mês.[166] Após o prazo inicial, geralmente são admitidas visitas, mas com periodicidade definida de 15 a 30 dias.[167]

Além disso, são impostas diversas limitações a outros meios de comunicação, como o acesso ao telefone e a celulares. Segundo a pesquisa do Ipea, somente 51% das CTs permitem o uso do telefone fixo da residência pelos internos, e apenas 8,8% das CTs permitem o uso de celular próprio ou de visitantes.[168] O acesso à internet era permitido em 13,2% das instituições inquiridas.[169]

Por fim, outro aspecto grave da restrição de contato com o mundo exterior, é a violação de correspondências, controle de chamadas telefônicas e restrição de acesso aos meios de comunicação. De acordo com a Inspeção Nacional, em apenas cinco das 28 CTs visitadas era respeitado o sigilo nas comunicações dos residentes, havendo relatos de aberturas de correspondências, censura, além de controle e intervenção de ligações telefônicas.[170] Essa violação à privacidade das comunicações, indica uma preocupação dos dirigentes e do pessoal de que os internos questionassem a sua internação.[171]

Portanto, observa-se que o rompimento dos laços com a vida anterior à internação é um dos fundamentos do suposto tratamento oferecido pelas comunidades terapêuticas (CTs), com a imposição de diversas barreiras de ordem comunicativa e até mesmo psicológica. Essas medidas têm o propósito de impedir que os internos mantenham contato com o mundo externo à residência, configurando uma estratégia para promover a desconexão deliberada com o ambiente prévio à internação.

---

[165] CFP; MNPCT; PFDC-MPF. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. 1. Ed. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 57.
[166] Ibidem, p. 58.
[167] Ibidem, p. 58.
[168] IPEA. **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. Ibidem, p. 23.
[169] Ibidem, p. 23.
[170] CFP; MNPCT; PFDC-MPF. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. 1. Ed. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 63.
[171] Ibidem, p. 64.

Ainda, o referido princípio 13 sobre os direitos dos usuários de um estabelecimento de saúde mental dispõe que "em nenhuma circunstância o usuário será submetido a trabalhos forçados. O usuário terá o direito de escolher o tipo de trabalho que quiser realizar, dentro de limites compatíveis com as suas necessidades e as condições administrativas da instituição." Estabelecem, igualmente, que "o trabalho dos usuários em estabelecimentos de saúde mental não será objeto de exploração. Tais usuários deverão ter o direito de receber, por qualquer trabalho realizado, a mesma remuneração que seria paga pelo mesmo trabalho a um não-usuário".

Tendo isso em vista, cumpre ressaltar que as CTs têm como uma de suas práticas mais controversas o uso do trabalho como recurso terapêutico, sob a denominação de laborterapia. Como mencionado anteriormente, a laborterapia desempenha um papel fundamental no modelo das Comunidades Terapêuticas, abrangendo tanto as tarefas de manutenção da comunidade (limpeza, cuidados com a propriedade, segurança) quanto atividades produtivas voltadas para a geração de renda (fabricação de pães e doces, agricultura, pecuária, construção civil, entre outras).[172]

Apesar da proposta supostamente terapêutica, uma crítica comum à laborterapia é a de que as atividades de manutenção da CT em nada contribuem para um projeto de vida posterior ao internamento.[173] No mesmo sentido, extrai-se trecho da Inspeção Nacional do CFP, MNPCT e da PFDC-MPF:

> 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. [...] 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, exime aqueles que ofertam os serviços de internação de arcar com os custos de manutenção dos locais, potencializando a possibilidade de maximização do lucro.[174]

Enquanto integrante da rotina imposta pelas CTs aos residentes, as atividades de laborterapia são, com frequência, obrigatórias. Segundo o Ipea, em apenas 26,2% das CTs era

---

[172]IPEA. **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf>. Acesso em: 03/11/2023, p. 21-2.
[173] Ibidem, p. 22.
[174] CFP; MNPCT; PFDC-MPF. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. 1. Ed. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 83.

permitido aos residentes não realizar tarefas de laborterapia.[175] Assim, há casos em que a recusa da laborterapia acarreta a aplicação de sanções, como advertências ou até desligamento da CT.[176]

Por outro lado, o aumento da carga de laborterapia também é uma das sanções aplicadas aos residentes que descumprem as regras das CTs. Na pesquisa do Ipea, 16% das CTs mencionaram o aumento temporário das atividades de laborterapia como ação punitiva para constrangimento de residentes desviantes.[177] Já na Inspeção Nacional, apontou-se que o incremento do trabalho ou a realização de tarefas extras e aviltantes eram as sanções mais comumente aplicadas.[178]

Desse modo, a laborterapia, da forma em que é aplicada pelas CTs, não parece ter qualquer motivação, de fato, terapêutica, haja vista que não contribui para reinserção social dos residentes, tampouco na construção de sua autonomia e independência para além do período de permanência na residência. Trata-se da exploração da mão-de-obra desses sujeitos para a própria manutenção do estabelecimento, sem que eles recebam qualquer remuneração por isso.

Por fim, o Princípio 13 das referidas diretrizes das Nações Unidas também dispõe que todo usuário de um estabelecimento de saúde mental deve ser plenamente respeitado em seu direito à liberdade religiosa. Tendo isso em vista, a violação a esse direito é outro ponto que gera críticas por parte de estudiosos e especialistas em saúde mental ao modelo implementado pelas CTs pois um de seus fundamentos é o cultivo da espiritualidade.

Nota-se que grande parte das CTs brasileiras estão vinculadas a igrejas ou organizações religiosas, sobretudo de matriz cristã. No universo das CTs abrangidas pela pesquisa quantitativa do Ipea, 40% delas tinham orientação pentecostal; 27%, orientação

---

175 IPEA. **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 23.

176 CFP; MNPCT; PFDC-MPF. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. 1. Ed. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 84.

177 IPEA. **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 25.

178 CFP; MNPCT; PFDC-MPF. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. 1. Ed. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 113.

católica; 7% orientação evangélica de missão; 8%, outras religiões não mencionadas no questionário e; somente 18% das CTs não declararam orientação religiosa específica.[179]

A vinculação à religiosidade não implica, automaticamente, uma violação ao direito à liberdade religiosa. As práticas espirituais das CTs passam a ser problemáticas, do ponto de vista da liberdade religiosa, quando demandam a adoção de determinada linha religiosa, ou quando, justamente, vinculam a ideia de cura à aceitação de determinada religião.[180]

Segundo o Ipea, em 45,2% das 500 CTs inquiridas no *Survey*, não era permitido que os internos deixassem de frequentar cultos e cerimônias religiosas.[181] Na Inspeção Nacional do CFP, MNPCT e da PFDC-MPF, observou-se restrições à liberdade religiosa em 24 das CTs visitadas, com casos de aplicação de sanções aos internos que se recusam a participar de ritos religiosos, ou interpelação por parte dos monitores para que eles aderissem à crença em questão.[182]

Desse modo, as características e práticas conferidas nas CTs violam diversas disposições dos Princípios para a Proteção das Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental das Nações Unidas, de modo que esses estabelecimentos não cumprem com parâmetros mínimos de dignidade na internação, conforme ratificado pela Corte IDH. Isso implica falhas na garantia ao direito à saúde pelo Estado Brasileiro.

Conforme estabelecido pela Corte IDH no caso Guachalá Chimbo e outros Vs. Equador, para garantia do direito à saúde, a assistência prestada deve ser pautada pelos princípios da disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. O critério da aceitabilidade determina que a assistência médica deve ser concebida para melhorar o estado de saúde das pessoas sob tratamento, enquanto o critério da qualidade dispõe que a prestação de saúde deve ser pautada em parâmetros científicos e médicos e ser de boa qualidade.

Em relação à avaliação da aceitabilidade da assistência de saúde mental oferecida pelas Comunidades Terapêuticas, observa-se que práticas que violam direitos, especialmente

---

[179] IPEA. **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 20.
[180] CFP; MNPCT; PFDC-MPF. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. 1. Ed. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 79.
[181] IPEA. **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 20.
[182] CFP; MNPCT; PFDC-MPF. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. 1. Ed. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 80-1.

no que diz respeito à integridade pessoal, podem resultar no agravamento nos quadros de saúde mental dos residentes. Desse modo, as CTs em que se verificam práticas de maus-tratos e tortura não atendem ao critério da aceitabilidade, o que implica violação ao direito à saúde por parte do Estado brasileiro.

Mesmo nas instituições onde essas práticas não são identificadas, pode-se questionar a garantia do direito à saúde sob o ponto de vista do critério da qualidade do tratamento. Nesse ponto, é importante a distinção entre CTs simples e CTs médicas. As CTs simples, ou, "Comunidades Terapêuticas Acolhedoras", nos termos da Lei 13.840/2019, são aquelas instituições que não realizam tratamentos que dependam de profissionais de saúde, cuja prática terapêutica se baseia primordialmente na convivência entre os pares. As CTs médicas, por sua vez, são consideradas serviços de saúde mental e deverão contar com uma série de outras exigências sanitárias relativas aos estabelecimentos de saúde.[183]

Conforme estabelecido na Resolução nº 2.056/2013 do Conselho Federal de Medicina, as CTs médicas que realizam internações voluntárias, involuntárias ou compulsórias "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, a presentes normas e o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil" (art. 28, §2º).[184]

Importante ressaltar que a Lei nº 10.216/2001 determina que o tratamento em regime de internação deve ser estruturado de forma a prestar "assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros" (art. 4º, §2º). Desse modo, as CTs médicas que realizam qualquer modalidade de internações devem contar com um quadro multiprofissional a fim de prestar assistência integral aos pacientes. Contudo, o que se observa em grande parte das CTs brasileiras, incluindo CTs que realizam internações involuntárias e compulsórias, é a escassez de pessoal qualificado para assistência em saúde mental.

No *Survey* realizado pelo Ipea, buscou-se levantar a quantidade de trabalhadores profissionais com formação de nível superior em relação ao número de vagas ofertadas em

---

[183] BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Perguntas e Respostas - Comunidades Terapêuticas**. 13 de outubro de 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/perguntas-e-respostas-comunidades-terapeuticas-2021.pdf>. Acesso em: 13/11/2023.

[184] Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.056/2013**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2056_2013.pdf>. Acesso em: 14/11/2023.

CT. No que diz respeito aos psicólogos, contabilizou-se 2,8 deles para cada conjunto de cem vagas. A distribuição dos profissionais do serviço social é dois destes profissionais para cada cem vagas. A média de médicos, por sua vez, é de 1,3 por cada grupo de cem vagas.[185]

Segundo o relatório da Inspeção Nacional pelo CFP, MNPCT e pela PFDC-MPF, verificou-se a presença de poucos profissionais com formação na área de saúde e muitos monitores."[186] Das 28 CTs visitadas na Inspeção, apenas cinco contavam com presença de profissionais de enfermagem, psicologia e assistência social simultaneamente. Em quatro delas, os relatos foram de completa ausência de equipe técnica. Em relação aos médicos, do total das CTs inspecionadas, apenas dez informaram que possuíam em seu quadro um profissional médico.[187] Dentre essas, sete informaram que recebiam internações compulsórias e involuntárias; nenhuma delas, no entanto, relatou ter plantão médico presencial em todo o horário de funcionamento.[188]

A falta de profissionais capacitados sugere a fragilidade desses estabelecimentos em termos de sua capacidade efetiva para fornecer cuidados de saúde adequados, o que resulta também na incapacidade de atender diversas exigências normativas, como a manutenção de registros e prontuários para os internos.[189]

Uma das falhas em atender com os requisitos normativos observados na Inspeção Nacional foi a ausência de um projeto terapêutico singular. A Lei nº 11.343/2006, dispõe que o acolhimento de usuário ou dependente de drogas em comunidade terapêutica acolhedora se caracteriza pela "elaboração de plano individual de atendimento". O que a Inspeção Nacional encontrou, contudo, foi a ausência de projeto terapêutico individualizado em 18 das 28 CTs visitadas. Mesmo nas 10 CTs que cumpriam formalmente com essa exigência, não foi verificada, de fato, uma preocupação com a individualidade dos internos, o que se evidenciou pelos tempos de internação padronizados, ausência de documentos nos prontuários, não

---

[185] IPEA. **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 20., p. 29.

[186] CFP; MNPCT; PFDC-MPF. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. 1. Ed. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 97.

[187] Ibidem, p. 104.

[188] Ibidem, p. 104-5.

[189] CFP; MNPCT; PFDC-MPF. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. 1. Ed. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 97.

integração com outros serviços da rede de saúde para continuidade do tratamento após a internação, dentre outras falhas.[190]

Além disso, foi verificado também o descumprimento da Resolução RDC nº 29/2011 da Anvisa, que determina que as CTs mantenham uma ficha individual para cada pessoa residente nas instituições, em que se registrem periodicamente o atendimento dispensado e as intercorrências clínicas observadas (art. 7º).[191] Em apenas 15 das 28 CTs inspecionadas se verificou a existência de prontuários médicos, porém não foi observado o preenchimento sistemático das fichas em nenhuma delas.[192] Sem essas documentações, inviabiliza-se a avaliação do progresso da pessoa internada ou acesso a informações de seu histórico que poderiam fundamentar os planos de tratamento.

O não cumprimento de todas essas normativas demonstra que as CTs não oferecem assistência integral, sendo sequer capaz de atender às exigências documentais básicas sobre o projeto terapêutico empregado aos internos.[193] Não há respeito às singularidades dos sujeitos, de maneira a construir a 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".[194]

Isso indica que, nas CTs, a internação, por si só, é tida como medida de tratamento.[195] Assim, pode-se concluir que não se trata, de fato, de uma assistência à saúde dos internos, mas tão somente o seu afastamento do convívio social. Conforme asseverado pela CIDH, "não está cientificamente comprovado que a privação da liberdade das pessoas que consomem drogas em centros hospitalares contribua para a sua efetiva reabilitação". Pode-se afirmar, assim, que a inclusão das CTs na oferta de assistência do Estado brasileiro às pessoas com transtornos e decorrência do uso de álcool e outras drogas viola o critério da qualidade na assistência em saúde mental.

---

[190] Ibidem, p. 77-78.
[191] BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC Anvisa nº 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html>. Acesso em: 13/11/2023.
[192] CFP; MNPCT; PFDC-MPF. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. 1. Ed. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 03/11/2023. p. 95.
[193] Ibidem, p. 78.
[194] Ibidem, p. 78.
[195] Ibidem, p. 95.

Verifica-se, portanto, que, na ausência de uma devida regulamentação e fiscalização estatal sobre a garantia e o respeito aos direitos humanos no contexto das Comunidades Terapêuticas, cria-se um espaço fértil para violações. Nessa lacuna da monitoração estatal, tais instituições realizam internações forçadas de pessoas em condição de vulnerabilidade, sob a premissa de que o uso problemático de substâncias psicoativas lhes torna incapazes, anulando a autonomia desses sujeitos e violando o seu direito ao consentimento informado.

Além disso, as CTs adotam uma série de práticas tendentes ao isolamento social desses sujeitos e sua submissão a uma rotina disciplinar. As sanções impostas pela não obediência à rotina da instituição ou às suas regras de conduta constituem, em alguns casos, tratamentos cruéis, degradantes ou até tortura. Observou-se, igualmente, que muitas CTs não oferecem condições mínimas de dignidade para o tratamento em saúde mental, haja vista que não respeitam a privacidade dos sujeitos, sua liberdade de comunicação, sua liberdade de crença e religião, além de submetê-los a trabalhos forçados. Por fim, não se pode dizer que o modelo de assistência prestado pelas CTs atende aos critérios da aceitabilidade e qualidade para a satisfação do direito à saúde.

Desse modo, verificou-se a presença de características e práticas em CTs que desrespeitam os parâmetros estabelecidos pela Corte IDH a partir da interpretação da CADH aplicada ao contexto de assistência em saúde mental. Assim, conclui-se que a inclusão das CTs à oferta estatal de assistência em saúde mental, sem a rigorosa fiscalização e monitoração de tais instituições, gera violações similares às que suscitaram a condenação do Estado no caso Ximenes Lopes vs. Brasil.

5 CONCLUSÃO

A partir do caso Ximenes Lopes Vs. Brasil a jurisprudência da Corte IDH passou a se preocupar com violações ocorridas no âmbito de instituições psiquiátricas. Assim, estabeleceu parâmetros para a proteção dos direitos humanos das pessoas sob assistência em saúde mental. Com o caso Guachalá Chimbo e outros Vs. Equador, a Corte reiterou os *standarts* protetivos do caso Ximenes Lopes, e os acresceu de novos parâmetros referentes à interpretação do alcance do direito à saúde no contexto de assistência à saúde mental. Tais parâmetros protetivos devem ser estritamente respeitados pelo Estado brasileiro sob risco de repetição de violações análogas.

O Brasil já vinha alterando paulatinamente o modelo de assistência em saúde mental, graças ao movimento pela Reforma Psiquiátrica. Após a notoriedade da morte do Sr. Damião Ximenes Lopes e com a conjuntura política favorável, foi aprovada a Lei nº 10.216/2001, que demarca a passagem do modelo manicomial para o modelo psicossocial de assistência em saúde mental. Este modelo é muito mais compatível com as obrigações dos direitos humanos do Estado brasileiro perante o SIDH em comparação àquele, cujos hospitais psiquiátricos eram cenários de graves violações.

A implementação da Reforma Psiquiátrica avançou significativamente desde o surgimento do movimento nos anos 70, mas não é um processo encerrado, havendo ainda um longo caminho em direção a uma cobertura integral da Rede de Atenção Psicossocial e da aplicação dos princípios da reforma em toda a prestação de assistência em saúde mental no Estado. A Lei nº 10.216/2001, apesar de representar uma grande conquista, não foi uma superação definitiva do modelo manicomial, de modo que o modelo de assistência adotado na política nacional de saúde mental é um campo de constante disputa.

Desde a discussão sobre o projeto de Lei nº 3.657/89, houve resistência de agentes contrários à reforma psiquiátrica, que ainda defendiam o modelo centrado em internações em hospitais psiquiátricos e na medicalização. A partir de 2016, esses agentes retomaram influência na definição dos rumos da política nacional de saúde mental, causando retrocesso na implementação da reforma. O pânico gerado pelo proibicionismo das drogas fez com que um dos campos mais afetados tenha sido o atendimento às pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas, resultando em maior abertura para retomada de práticas de internações forçadas e segregação.

As comunidades terapêuticas, enquanto instituições que prestam assistência aos indivíduos que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, tornaram-se um ambiente

propício para a ressurgência de práticas manicomiais. Seu modelo de atenção baseado no isolamento social dos residentes e na imposição de rotinas disciplinares visando à reforma moral dos indivíduos é visto por muitos estudiosos como análogo ao dos manicômios do século XX. Um aspecto crucial a ser destacado é que a estrutura dos dispositivos de atenção utilizados pelas Comunidades Terapêuticas não favorece a reinserção dos indivíduos da sociedade e em seu meio comunitário, o que vai contra um dos princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica.

Trata-se, portanto, do retorno de uma lógica de assistência em saúde mental que causou diversas violações de direitos humanos, e que, conforme verificado anteriormente, continua a produzir múltiplas violações aos parâmetros de proteção aos direitos das pessoas sob assistência em saúde mental. Por meio das pesquisas analisadas e dos relatórios de inspeções em CTs, foram verificadas diversas características e práticas dessas instituições que são incompatíveis com parâmetros interamericanos de direitos humanos aplicáveis ao contexto de saúde mental.

Destacam-se as seguintes: internações forçadas, seja por meio de familiares, conversão de internações voluntárias em involuntárias, ou até com emprego de violência física na forma de contenção; aplicação de sanções na forma de restrições, isolamento ou punição física; não atendimento às condições mínimas de dignidade na internação por violações ao direito à privacidade, à liberdade de comunicação, à liberdade religiosa e submissão a trabalhos forçados e exploração da mão-de-obra dos internos; e, por fim, violação ao atendimento dos critérios da aceitabilidade e qualidade do direito à saúde.

Insta salientar que as conclusões desta pesquisa devem ser interpretadas no contexto de suas limitações metodológicas. O escopo limitado da amostra analisada sugere que, em algumas dessas instituições, foram verificadas violações de direitos que desrespeitam obrigações do Estado brasileiro perante o SIDH. Diante disso, as conclusões direcionam a atenção para a necessidade de uma fiscalização mais intensa e monitoramento contínuo por parte do Estado nas CTs, visando salvaguardar os direitos humanos dos indivíduos envolvidos. Nesse sentido, nos casos de denúncias violações de direitos, torna-se necessária uma ação contundente do Estado para cessar e coibir tais práticas, além de responsabilizar os envolvidos. Caso contrário, o Brasil estará implicando sua possível responsabilização por violações à CADH no contexto de assistência à saúde mental.

Por fim, destaca-se que as CTs emergem como um recurso para acolher indivíduos vulneráveis, seja devido ao uso problemático de substâncias psicoativas, seja pela interação disso com outros fatores de vulnerabilidade. Contudo, ao priorizar o investimento nessas

instituições em detrimento da expansão dos Centros de Atenção Psicossocial e outros dispositivos da RAPS, o Estado terceiriza o cuidado a esses grupos marginalizados, resultando na sua segregação.

Configura-se, assim, um ambiente propício para a proliferação e fortalecimento das CTs. Em meio à carência de mecanismos robustos de monitoramento, tal cenário favorece a ocorrência de graves violações aos direitos das pessoas em situação de vulnerabilidade. Portanto, urge a necessidade de reavaliação das políticas adotadas, visando a implementação de uma política para a assistência de pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas que promova a inclusão e o respeito integral aos direitos humanos desses indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGNU. **Princípios para Proteção das Pessoas Acometidas com Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à saúde Mental.** Resolução nº 46/119, de 17 de dezembro de 1991. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1994/1407_1994.pdf>. Acesso em: 18/09/2023.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Intrínseca, 2019.

BARBOSA, Amanda Souza; SCHIOCCHET, Taysa. **(DES)ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE DEPENDENTES QUÍMICOS EM SITUAÇÃO DE RUA**. 18ª Semana de mobilização científica: direitos humanos, ética e dignidade. Disponível em: <https://www.academia.edu/26071016/_Des_assist%C3%AAncia_%C3%A0_sa%C3%BAde_de_dependentes_qu%C3%ADmicos_em_situa%C3%A7%C3%A3o_de_rua>. Acesso em: 05/12/2023. p. 4.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: "novas" perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro**, v.22, n.4, p.1231-1248, out.-dez. 2015.

BORGES, Gabriela Varga. **Só por hoje funciona? Uma análise da violação de direitos promovida por comunidades terapêuticas no tratamento de pessoas que fazem uso nocivo de substâncias psicoativas**. Monografia (Bacharelado em Direito) - Faculdade de Direito da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC Anvisa nº 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html>. Acesso em: 13/11/2023.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Perguntas e Respostas - Comunidades Terapêuticas**. 13 de outubro de 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/perguntas-e-respostas-comunidades-terapeuticas-2021.pdf>. Acesso em: 13/11/2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 14/11/2023.

BRASIL. **Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992**. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm>. Acesso em: 05/12/2023.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 14/11/2023.

BRASIL. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, cria o seu Comitê Gestor e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm>. Acesso em: 13/11/2023.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 14/11/2023.

BRASIL. **Lei n º 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 14/11/2023.

BRASIL. **Lei n º 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em 03/11/2023.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm>. Acesso em: 14/11/2023.

CANDIDO, Mariluci et al. Saúde mental e direitos humanos: instrumentos internacionais para garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais e/ou deficiência. **Revista Direito, Estado e Sociedade**, n. 56, p. 198-230, jan/jun. 2020, p. 200.

CARDOSO, Ângela Maria Rosas; ALBUQUERQUE, Aline. O modelo de assistência à saúde mental das pessoas em uso problemático de drogas: uma reflexão sob a ótica dos Direitos Humanos dos Pacientes. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário,** v. 9, n. 4, p. 135-155, out./dez. 2020.

CFP; MNPCT; PFDC-MPF. **Relatório da Inspeção Nacional e Comunidades Terapêuticas**. 1. Ed. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-

content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 03/11/2023.

Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.056/2013**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2056_2013.pdf>. Acesso em: 14/11/2023.

CIDH. **Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre ala Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental**. Disponível em: <http://www.cidh.org/annualrep/2000sp/cap.6d.htm>. Acesso em: 18/09/2023.

CIDH. **Situação dos direitos humanos no Brasil**. 12 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/brasil2021-pt.pdf>. Acesso em: 14/11/2023.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS; CEBRAP. **Financiamento Público de Comunidades Terapêuticas Brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 03/11/2023.

Corte IDH. **Caso Atala Riffo y Niñas Vs. Chile**. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 24 de fevereiro de 2012. Série C No. 239.

Corte IDH. **Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina**. Exceções Preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 31 de Agosto de 2012. Série C No 246.

Corte IDH. **Caso Guachalá Chimbo e outros Vs. Equador**. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 26 de Março de 2021. Série C No. 423.

Corte IDH. **Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil**. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 4 de julho de 2006. Série C No. 149.

Corte IDH. **Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil**. Supervisão de Cumprimento de Sentença. Resolução da Corte Interamericana de Direitos Humanos de 28 de janeiro de 2021.

Corte IDH. **Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil**. Supervisão de Cumprimento de Sentença. Audiência Pública da Corte Interamericana de Direitos Humanos de 23 de abril de 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=3jb6u-M2NJE>. Acesso em: 14/11/2023.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020

DUARTE, Carolina Gomes; GLENS, Mathias Vaiano. Fiscalização em comunidades terapêuticas: uma análise da experiência da defensoria pública do Estado de São Paulo. RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). **Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil**. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021, p. 64-86.

ENAP - ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. **Direitos Humanos e saúde mental - Curso permanente Damião Ximenes Lopes**. Disponível em: <https://www.escolavirtual.gov.br/curso/881>. Acesso em: 05/12/2023.

FEBRACT. **Pronunciamento sobre relatório da inspeção nacioal e comunidades terapêticas**. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/06/PRONUNCIAMENTO-FEBRACT-SOBRE-RELATORIO-NACIONAL-DE-CTS-CFP-MPF-MPCT.pdf>. Acesso em: 05/12/2023.

FUCHS MARINO, T.; COIMBRA DE CARVALHO, L. A doutrina da res interpretata no Sistema Interamericano de Direitos Humanos: diferenciais, potencialidades e desafios. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, v. 8, n. 16, p. 75–94, 15 dez. 2020.

IPEA. **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf>. Acesso em: 03/11/2023.

LOECK, Jardel Fischer. A fiscalização das comunidades terapêuticas pela vigilância sanitária municipal e suas implicações práticas: o caso de um município de grande porte brasileiro. In: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). **Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil**. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021, p. 45-63.

MAIA, Ari F.; GRADELLA JÚNIOR, Osvaldo. A educação em direitos humanos como suporte às políticas antimanicomiais: história e memória. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021.

NATALINO, Marco Antônio Carvalho. Isolamento, Disciplina e Destino social em Comunidades Terapêuticas. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. (Org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8856>. Acesso em 03/11/2023.

OEA. **Convenção Interamericana sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência**. 07 de junho de 1999. Disponível e: <https://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/a-65.htm>. Acesso em: 18/09/2023.

OEA; OMS; OPAS. **Declaração de Caracas**. 1990. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 18/09/2023

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 569-580, fev 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gJzS9QGqKpdgVLBJrLKBHzg/?lang=pt#>. Acesso em: 10/11/2023.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e Justiça Internacional: um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano.** 9. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579–4589, dez. 2011.

PRADO, Y.; SEVERO, F.; GUERRERO, A. Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe3, p. 250–263, out. 2020.

RESENDE, Noelle Coelho. Marco normativo das comunidades terapêuticas no Brasil: disputas de sentido e nós jurídicos. In: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). **Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn**: Social Science Research Council, junho de 2021, p. 8-28.

STEIN, Flávia Thais. **A justiciabilidade direta do direito à saúde: análise dos fundamentos da Corte Interamericana de Direitos Humanos para a tutela do direito à saúde**. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2022.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. (Org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8856>. Acesso em 03/11/2023.

SOUZA, Letícia Canonico; NUNES, Matheus Caracho; SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Tempo e Subjetivação em Comunidades Terapêuticas. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. (Org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8856>. Acesso em 03/11/2023.

WEBER, Renata. O financiamento público de comunidades terapêuticas: gastos federais entre 2010 e 2019. In: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). **Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil**. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021, p. 29-44.