

**RELATÓRIO DE INSPEÇÕES NO DISTRITO FEDERAL E ENTORNO
COMUNIDADE TERAPÊUTICA SALVE A SI - INSTITUTO EU SOU
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO VICENTE DE PAULO**

AGOSTO, 2024



SAUS Q. 5 Ed. Multibrasil, Bloco A - Asa Sul, Brasília - DF, 70070-050.

Telefone: (61) 2027-3298. Email: mnpct@mdh.gov.br. Site: <https://mnpctbrasil.wordpress.com/>.

FICHA TÉCNICA INSTITUCIONAL

Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

Membras(o) do MNPCT

Ana Valeska Duarte (2024-2027)

Camila Barbosa Sabino (2024-2027)

Camila Antero de Santana (2022-2025)

Carolina Barreto Lemos (2024-2027)

Maria Cecília G. M. Arruda (2022-2025)

Rogério Duarte Guedes (2024-2027)

Ronilda Vieira Lopes (2024-2027)

Viviane Martins Ribeiro (2022-2025)

FICHA TÉCNICA DO RELATÓRIO

MNPCT. Relatório de inspeções no Distrito Federal e Entorno. Comunidade Terapêutica Salve a Si – Instituto Eu Sou e Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo. Brasília/DF, agosto de 2024.

Equipes de Inspeção

Comunidade Terapêutica Salve a Si

Carolina Barreto Lemos (MNPCT)

Maria Cecília G. M. Arruda (MNPCT)

Ronilda Vieira Lopes (MNPCT)

Rogério Duarte Guedes (MNPCT)

Viviane Martins Ribeiro (MNPCT)

Especialistas convidados

Alvaro de Souza Neiva Moreira (Frente Parlamentar Mista em Defesa da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial / Câmara dos Deputados)

Henrique dos Santos Vieira Lima (Frente Parlamentar Mista em Defesa da Reforma

Psiquiátrica e Luta Antimanicomial / Câmara dos Deputados)

Pedro Henrique Antunes da Costa (Grupo Saúde Mental e Militância no Distrito Federal / Universidade de Brasília)

Thessa Laís Pires e Guimarães (Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal)

Hospital São Vicente de Paulo

Ana Valeska Duarte (MNPCT)

Camila Barbosa Sabino (MNPCT)

Camila Antero de Santana (MNPCT)

Carolina Barreto Lemos (MNPCT)

Ronilda Vieira Lopes (MNPCT)

Rogério Duarte Guedes (MNPCT)

Especialistas convidados

Alvaro de Souza Neiva Moreira (Frente Parlamentar Mista em Defesa da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial / Câmara dos Deputados)

Pedro Henrique Antunes da Costa (Grupo Saúde Mental e Militância no Distrito Federal / Universidade de Brasília)

Thessa Laís Pires e Guimarães (Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal)

Foto da capa: Registro feito por usuário na área externa do Pronto Socorro do Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo. Fonte: MNPCT, 2024.



(...) É urgente construir ações coletivas, que envolvam instituições e órgãos do Estado, além de movimentos sociais, que se concretizem em políticas públicas que garantam cidadania e cuidado em liberdade. A defesa da saúde mental antimanicomial é a defesa do direito de sermos tratados com dignidade em caso de sofrimento mental; principalmente aquelas pessoas cuja dignidade e direitos são mais violados, como mulheres, crianças, pessoas negras, pessoas idosas, pessoas que compõem povos tradicionais, pessoas pobres, pessoas com deficiência, pessoas com uso prejudicial de álcool e outros, pessoas de vivência LGBTQIA+, enfim, todes! A saúde mental é um campo interdisciplinar, intersetorial, em diálogo com importantes políticas públicas na saúde, educação, assistência social, etc. É preciso reiterar que uma sociedade sem manicômios requer uma atuação antimanicomial radical. Manicômios NUNCA MAIS!¹

Manifesto de Coletivos em Prol da Luta Antimanicomial do Distrito Federal para a V CNSM. Fevereiro, 2022.

¹ Disponível em: <https://www.crp-01.org.br/notices/9110>. Acesso em: 23 de abril de 2024.



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL.....	4
INTRODUÇÃO	8
1. COMUNIDADE TERAPÊUTICA SALVE A SI - INSTITUTO EU SOU	13
1.1 Breve contextualização sobre as comunidades terapêuticas (CTs).....	13
1.2 Apresentação da unidade.....	17
1.3 Regimento interno e proposta terapêutica.....	25
1.4 Fluxo de entradas e saídas.....	28
1.5 Estrutura e acomodações.....	34
1.6 Plano de Atendimento Individual.....	52
1.7 Atendimento de saúde e psicossocial.....	56
1.8 Laborterapia, trabalhos forçados e exploração.....	64
1.9 Regras disciplinares	67
1.10 Privação de liberdade	72
1.11 Recomendações.....	77
2. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO VICENTE DE PAULO	82
2.1 Contexto da unidade.....	82
2.2 Estrutura	89
2.3 Recursos humanos e perfil do público atendido	107
2.4 Alimentação e assistência material	113
2.5 Projeto terapêutico	117
2.6 Práticas disciplinares e contato externo	123
2.7 Desinstitucionalização.....	136
2.8 Recomendações.....	141
ANEXO – REGIMENTO INTERNO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA SALVE A SI – INSTITUTO EU SOU.....	149



APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL

A criação do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) visa cumprir uma obrigação internacional assumida pelo Estado brasileiro através da ratificação do Protocolo Facultativo à Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (OPCAT), promulgado no Brasil por meio do Decreto nº 6.085, de 19 de abril de 2007². O Estado brasileiro se comprometeu por este instrumento internacional a estabelecer, conforme suas diretrizes, um mecanismo preventivo de caráter nacional, além de criar outros mecanismos similares no âmbito dos estados e do Distrito Federal.

No ano de 2013, o Brasil aprovou a Lei Federal nº 12.847³, que instituiu o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT), criou o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (CNPCT) e o já citado Mecanismo Nacional. O Decreto nº 8.154, de 16 de dezembro de 2013⁴, regulamenta o funcionamento do SNPCT, a composição e o funcionamento do CNPCT, bem como dispõe sobre o MNPCT.

O MNPCT tem como função precípua a prevenção e combate à tortura a partir, dentre outras ações, de visitas regulares a pessoas privadas de liberdade. Após cada visita, o MNPCT tem a competência de elaborar um relatório circunstanciado e deve enviá-lo ao CNPCT, à Procuradoria-Geral da República, à administração das unidades visitadas e a outras autoridades competentes. Adicionalmente, o MNPCT possui a atribuição de fazer recomendações a autoridades públicas ou privadas, responsáveis pelas pessoas sob a custódia do Estado.

A Lei nº 12.847/2013 estabelece, em seu art. 9º, que compete ao Mecanismo Nacional, entre outras atribuições: a) planejar, realizar e monitorar visitas periódicas e regulares a pessoas privadas de liberdade em todas as unidades da Federação, para

² Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6085.htm. Acesso em: 23 de abril de 2024.

³ Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112847.htm. Acesso em: 23 de abril de 2024.

⁴ Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112847.htm. Acesso em: 23 de abril de 2024.

verificar as condições de fato e de direito a que se encontram submetidas; b) articular-se com o Subcomitê de Prevenção à Tortura (SPT) da Organização das Nações Unidas, a fim de unificar as estratégias e políticas de prevenção à tortura; c) requerer a instauração de procedimento criminal e administrativo, mediante a constatação de indícios da prática de tortura e de outros tratamentos e práticas cruéis, desumanas ou degradantes; d) elaborar relatórios de cada visita realizada e apresentá-los a diversos órgãos competentes; e) fazer recomendações a autoridades públicas ou privadas, responsáveis pelas pessoas em locais de privação de liberdade; f) sugerir propostas legislativas.

Dentro de sua competência de atuação, o Mecanismo Nacional deve trabalhar em uma perspectiva de prevenção a quaisquer medidas, rotinas, dinâmicas, relações, estruturas, normas e políticas que possam propiciar a prática de tortura ou de outros tratamentos cruéis, desumanos e degradantes.

A Lei ainda estabelece as prerrogativas dos membros do MNPCT, conforme se segue:

Art. 10. São assegurados ao MNPCT e aos seus membros:

I - a autonomia das posições e opiniões adotadas no exercício de suas funções;
II - o acesso, independentemente de autorização, a todas as informações e registros relativos ao número, à identidade, às condições de detenção e ao tratamento conferido às pessoas privadas de liberdade;

III - o acesso ao número de unidades de detenção ou execução de pena privativa de liberdade e a respectiva lotação e localização de cada uma;

IV - o acesso a todos os locais arrolados no inciso II do caput do art. 3º, públicos e privados, de privação de liberdade e a todas as instalações e equipamentos do local;

V - a possibilidade de entrevistar pessoas privadas de liberdade ou qualquer outra pessoa que possa fornecer informações relevantes, reservadamente e sem testemunhas, em local que garanta a segurança e o sigilo necessários;

VI - a escolha dos locais a visitar e das pessoas a serem entrevistadas, com a possibilidade, inclusive, de fazer registros por meio da utilização de recursos audiovisuais, respeitada a intimidade das pessoas envolvidas; e

VII - a possibilidade de solicitar a realização de perícias oficiais, em consonância com as normas e diretrizes internacionais e com o art. 159 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal.⁵

É importante frisar que o artigo 8º da Lei 12.847/2013 estabelece em seu §2º: “Os membros do MNPCT terão independência na sua atuação e garantia do seu mandato (...)”⁶. Isso significa que os membros do MNPCT, além de autonomia no exercício de suas funções, não se submetem a qualquer política de governo. Situação que corrobora

⁵ Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112847.htm. Acesso em: 23 de abril de 2024.

⁶ Idem.

com a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), na ADPF 607/2019⁷, que afirmou que o exercício independente e remunerado dos mandatos dos peritos e peritas do MNPCT é essencial no exercício das suas funções.

O MNPCT se pauta nas definições legais de tortura vigentes no ordenamento jurídico brasileiro através de três principais fontes: a Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes; a Lei n.º 9.455/1997⁸ e a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura⁹.

De acordo com o art. 1º da Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (ratificada pelo Brasil em 1991)¹⁰, tortura é qualquer ato cometido por agentes públicos ou atores no exercício da função pública pelo qual se inflija intencionalmente a uma pessoa dores ou sofrimentos graves, físicos ou mentais, a fim de obter informação ou confissão, de castigá-la por um ato que cometeu ou que se suspeite que tenha cometido, de intimidar ou coagir, ou por qualquer razão baseada em algum tipo de discriminação.

Por sua vez, a Lei n.º 9.455/1997¹¹, tipifica os crimes de tortura como condutas para constranger alguém com emprego de violência ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento psíquico ou mental com a finalidade de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceiros, de provocar ação ou omissão de natureza criminosa, ou em razão de discriminação racial ou religiosa. A lei brasileira define ainda, como tortura, o ato de submeter alguém sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de violência ou grave ameaça, a intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.

Já a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, em seus Artigos 2º e 3º, considera tortura ações ou omissões de funcionários públicos ou de pessoas em exercício de funções públicas que, mesmo não causando sofrimento físico ou mental,

⁷ Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5741167>. Acesso em: 23 de abril de 2024.

⁸ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19455.htm. Acesso em: 23 de abril de 2024.

⁹ Disponível em: <https://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/a-51.htm>. Acesso em: 23 de abril de 2024.

¹⁰ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0040.htm. Acesso em: 23 de abril de 2024.

¹¹ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19455.htm. Acesso em: 23 de abril de 2024.



sejam compreendidas como: (i) métodos tendentes a anular a personalidade da vítima, e (ii) métodos tendentes a diminuir capacidade física ou mental¹².

¹² Disponível em:
<https://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/a-51.htm>. Acesso em: 23 de abril de 2024.

INTRODUÇÃO

O presente relatório tratará das inspeções realizadas na Comunidade Terapêutica Salve a Si - Instituto Eu Sou, situada na Cidade Ocidental/GO, e no Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, localizado em Taguatinga/DF, nos dias 5 e 6 de março de 2024, respectivamente.

Os principais objetivos das inspeções eram analisar as condições de vida das pessoas privadas de liberdade nas instituições, conforme previsto no OPCAT¹³, para apuração de possíveis violações de direitos, além de verificar a qualidade de cuidado e as condições do acolhimento assistencial prestado nas unidades e se as pessoas privadas de liberdade estariam submetidas a alguma prática de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante. Mais especificamente, pretendeu-se verificar se as unidades ofertavam os insumos básicos e necessários para a garantia dos direitos das pessoas que ali se encontram e, especialmente, avaliar a legalidade da manutenção daquelas pessoas em situação de privação de liberdade e as possibilidades de desinstitucionalização.

A nossa metodologia para inspecionar os estabelecimentos baseou-se na preparação padronizada deste órgão, que envolveu: estudo prévio sobre os locais a inspecionar, diálogo com atores da sociedade civil do território e do poder público, escolha da equipe e de especialistas convidados, realização de reunião preparatória, uso dos instrumentais do MNPCT para esse tipo de instituição, diálogos com as pessoas privadas de liberdade, os responsáveis pelos estabelecimentos e os diferentes profissionais que se encontravam no dia da inspeção, registros fotográficos das unidades, requisição de documentos à gerência dos estabelecimentos, reunião de avaliação da inspeção, sistematização, análise e triangulação das informações coletadas.

O apoio logístico para a realização das inspeções foi garantido pela Polícia Rodoviária Federal, que ofereceu transporte e escolta para a equipe, mas cujos servidores não participaram das inspeções em si.

Antes de adentrarmos na análise pormenorizada dos locais inspecionados, cabe primeiramente trazer uma breve análise do contexto histórico do processo de reordenação

¹³ “Artigo 4.2. Para os fins do presente Protocolo, privação da liberdade significa qualquer forma de detenção ou aprisionamento ou colocação de uma pessoa em estabelecimento público ou privado de vigilância, de onde, por força de ordem judicial, administrativa ou de outra autoridade, ela não tem permissão para ausentar-se por sua própria vontade.” Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/decreto/d6085.htm. Acesso em: 23 de abril de 2024.

do modelo assistencial em saúde mental e contextualização das principais normas, princípios e tratados que abarcam os direitos das pessoas com deficiência.

Após uma intensa movimentação de profissionais da saúde mental e da sociedade civil organizada, o Brasil adotou um novo modelo de saúde mental com a reforma psiquiátrica, por meio da Lei nº 10.216/2001¹⁴, cujo principal método baseia-se na atenção psicossocial de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico, com ênfase na lógica territorial-comunitária. Esta se materializa por meio de uma rede assistencial, possuindo vários níveis de atenção e serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A Lei é oriunda do Projeto de Lei n.º 3.657/1989, que previa a extinção gradativa dos manicômios. A legislação taxou em seu artigo 2º, parágrafo único, as garantias e direitos a serem garantidos nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, para as pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.¹⁵

Já em seu artigo 4º, §3º, a lei define um conceito muito relevante para a análise que será feita neste relatório, que é a noção de instituição com características asilares:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

¹⁴ Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 23 de abril de 2024.

¹⁵ Idem.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.¹⁶

No ano de 2011, a Portaria nº 3.088/GM/MS¹⁷ instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), voltada para atenção às pessoas com transtorno mental e transtornos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Conforme cartilha divulgada pelo Ministério da Saúde, a rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde Família (ESF); consultórios na rua; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura; as Unidades de Acolhimento (UAs); os leitos de atenção integral em saúde mental, álcool e outras, que devem ser implantados em Hospitais Gerais.

É importante mencionar que a Portaria GM/MS nº 757¹⁸, de 21 de junho de 2023, do Ministério da Saúde, revogou a Portaria nº 3.588¹⁹, de 21 de dezembro de 2017. Esta havia retrocedido em relação à garantia de acesso a serviços não manicomial no âmbito da RAPS, acrescentando em sua composição: unidades de referência especializadas em hospitais gerais, hospitais psiquiátricos especializados, hospitais dia e CAPS AD IV. Com a revogação da normativa, restabelece-se a concepção de uma rede assistencial em melhor consonância com os marcos legais da Reforma Psiquiátrica e, portanto, com a garantia dos direitos de pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais.

Em relação aos direitos e garantias resguardados às pessoas com deficiência, seu principal marco legal nacional é a Lei 13.146²⁰, de 6 de julho de 2015, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, que define como pessoa com deficiência “aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial,

¹⁶ Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 23 de abril de 2024.

¹⁷ Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 23 de abril de 2024.

¹⁸ Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-757-de-21-de-junho-de-2023-491629280>. Acesso em: 23 de abril de 2024.

¹⁹ Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 23 de abril de 2024.

²⁰ Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 23 de abril de 2024.

o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.

Balizada pelo princípio da não-discriminação, dentre os direitos das pessoas com deficiência, a referida legislação prevê:

Art. 11. A pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada.
Parágrafo único. O consentimento da pessoa com deficiência em situação de curatela poderá ser suprido, na forma da lei.

Art. 12. O consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa com deficiência é indispensável para a realização de tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica.

§ 1º Em caso de pessoa com deficiência em situação de curatela, deve ser assegurada sua participação, no maior grau possível, para a obtenção de consentimento.

[...]

Art. 13. A pessoa com deficiência somente será atendida sem seu consentimento prévio, livre e esclarecido em casos de risco de morte e de emergência em saúde, resguardado seu superior interesse e adotadas as salvaguardas legais cabíveis.

[...]

Art. 18. É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário.

[...]

§ 2º É assegurado atendimento segundo normas éticas e técnicas, que regulamentarão a atuação dos profissionais de saúde e contemplarão aspectos relacionados aos direitos e às especificidades da pessoa com deficiência, incluindo temas como sua dignidade e autonomia.²¹

No plano internacional, o Brasil adotou, em 2006, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, publicada por meio do Decreto 6.949/2009²². É especialmente importante ressaltar, para os fins deste relatório, as disposições da Convenção referentes ao direito à liberdade e segurança, contidas em seu Artigo 14:

Liberdade e segurança da pessoa

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

Gozem do direito à liberdade e à segurança da pessoa; e

Não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade.

2. Os Estados Partes assegurarão que, se pessoas com deficiência forem privadas de liberdade mediante algum processo, elas, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, façam jus a garantias de acordo com o direito internacional dos direitos humanos e sejam tratadas em conformidade

²¹ Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 23 de abril de 2024.

²² Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 23 de abril de 2024.



com os objetivos e princípios da presente Convenção, inclusive mediante a provisão de adaptação razoável.²³

É importante destacar que, infelizmente, o investimento público nacional em saúde mental tem sido cada vez mais direcionado para as Comunidades Terapêuticas, em detrimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essas instituições, frequentemente denunciadas por maus-tratos e exploração do sofrimento, sobretudo de pessoas pobres, negras, em situação de rua, desenvolveram tecnologia especializada na remoção dessa população dos centros urbanos, levando-as a locais distantes e com precária integração aos serviços de saúde territoriais. Essa prática, consolidada ao longo dos anos e amparada pelo Estado, agrava a violação de direitos dessas pessoas, institucionalizando-as e as afastando do laço social.

Por isso, o MNPCT tem denunciado, ao longo dos últimos anos, diversos indícios em Comunidades Terapêuticas, hospitais psiquiátricos e manicômios de violações de direitos humanos como exploração do trabalho, tortura e tratamentos cruéis, desumanos e degradantes.

Agrega-se a esse cenário a ampla escassez de Unidades de Acolhimento, Residências Terapêuticas e demais serviços públicos da RAPS em todo o País. No Distrito Federal, por exemplo, a primeira residência terapêutica do território só foi inaugurada no em 10 de julho de 2024, com 10 vagas²⁴. Além disso, existe apenas uma Unidade de Acolhimento, assistindo 16 usuários. Tais ausências dificultam a concretização da Política de Assistência à Saúde Mental em liberdade, comprometendo diretamente a desinstitucionalização das pessoas que permanecem em situação asilar em instituições ou em leitos psiquiátricos, contrariando os princípios legais e éticos do cuidado em saúde mental, perpetuando-se a violação de direitos e exclusão social de pessoas em sofrimento psíquico, sobretudo aquelas em situação de violação de direitos básicos.

²³ Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em 23 de abril de 2024.

²⁴ Disponível em: <https://agenciabrasilia.df.gov.br/2024/07/10/inaugurada-primeira-residencia-terapeutica-df-para-pacientes-psiquiatricos/>. Acesso em: 16 de julho de 2024.

1. COMUNIDADE TERAPÊUTICA SALVE A SI - INSTITUTO EU SOU

1.1 Breve contextualização sobre as comunidades terapêuticas (CTs)

Cunhada no início dos anos 1970 no contexto norte-americano, a expressão “guerra às drogas” tem se traduzido em uma série de políticas criminais repressivas no Brasil, vigentes primeiramente à luz da Lei federal n. 6.368/1976 até a adoção das Leis federais n. 11.343/2006 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, e 13.840/2019, que a substituiu. Sabe-se que a chamada “guerra às drogas” é, na realidade, uma política com forte viés racial, de gênero e de classe social, sendo direcionada as pessoas historicamente vulnerabilizadas e marginalizadas no contexto nacional, predominantemente jovens negros e negras, pobres e residentes das periferias urbanas²⁵.

A chamada despenalização do uso de drogas pela Lei 11.343/2006 não levou a um arrefecimento da escalada penal-repressiva, pelo contrário. Tampouco foi acompanhada da implementação de políticas públicas de cuidado em liberdade para pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas, o que fortaleceu medidas patologizantes e moralizantes para pessoas então enquadradas como usuárias. A criminalização substituída pela psiquiatrização e manicomialização do uso de drogas privilegiou a centralidade de medidas de privação de liberdade, em contraposição ao modelo de cuidado preconizado na Lei 10.216/2001, de organização das políticas de saúde mental com centralidade nas práticas comunitárias e no respeito à autonomia e individualidade.

É nesse contexto social e político que as instituições denominadas comunidades terapêuticas ganham crescente destaque. Tais instituições viveram, entre 1996 e 2017, uma expansão de cerca de 700% segundo dados do IPEA²⁶. Assim, o Ministério da Saúde incluiu na Portaria GM/MS n. 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, a Comunidade Terapêutica como um ponto de atenção no componente residencial transitório da Rede, junto das Unidades de Acolhimento. **A inclusão de um serviço exclusivamente privado entre os serviços do SUS é flagrantemente inconstitucional,**

²⁵

Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12439/1/NT_61_Diest_Questao_Racial.pdf. Acesso em: 30 de junho de 2024.

²⁶ Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf. Acesso em: 30 de junho de 2024.

violando o direito à saúde pública e universal, o princípio do interesse público e da isonomia, ao privilegiar os interesses de um determinado tipo de instituição privada.

Há mais de uma década, entidades civis e órgãos estatais têm debatido a violação de direitos humanos e da Lei da Reforma Psiquiátrica na prática das Comunidades Terapêuticas. A este respeito, em 2011, o Relatório da “4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas” informou que:

A realidade encontrada evidencia questões, convoca à reflexão e exige uma tomada de posição por parte do Estado e da sociedade brasileira. O que se faz, a assistência que vem sendo ofertada, na maioria desses lugares, fundamenta-se em princípios que contrariam os pressupostos que orientam as políticas públicas, a saber: o respeito à cidadania dos usuários. Amplamente divulgadas como a solução para o problema das drogas, essas instituições se inscrevem no campo das práticas sociais invisíveis ou subterrâneas (...) A pergunta que nos orientou – sobre a ocorrência de violação de direitos humanos – infelizmente se confirmou como uma regra (pp. 189-190).

Já o Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, do Conselho Federal de Psicologia (CFP), MNPCT e Ministério Público Federal (MPF), de 2018, evidencia achados de que as comunidades terapêuticas inspecionadas descumprem normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e incorrem em uma série de violações de direitos. Quanto ao uso do trabalho de pessoas acolhidas – denominado laborterapia –, o relatório destaca que esse **“encobre práticas de trabalho forçado e em condições degradantes – práticas que trazem fortes indícios de crime análogo à escravidão”**, e “busca, ainda, substituir a contratação de profissionais pelo uso de mão de obra dos internos – sem remuneração ou qualquer garantia trabalhista”.

A institucionalização de CTs e sua política de financiamento público ganham novo impulso com a promulgação da Lei 13.840/2019. Esta alterou a Lei 11.343/2006, para dispor sobre as políticas de drogas, com o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas e os Conselhos de Políticas sobre Drogas, e com o “Tratamento do Usuário ou Dependente de Drogas”. Nesse contexto, a Lei introduz a “Seção VI - Do Acolhimento em Comunidade Terapêutica Acolhedora”, formalizando em uma legislação nacional a inclusão das CTs entre o rol de instituições voltadas ao tratamento de pessoas usuárias de drogas. Com isso, **o Estado brasileiro conformou as CTs, instituições privadas de caráter religioso²⁷, em beneficiárias diretas da política de criminalização do uso de entorpecentes**. De maneira semelhante à Portaria GM/MS n. 3.088/2011, entendemos que a inclusão de um

²⁷ Segundo o levantamento do IPEA: “a grande maioria das CTs brasileiras se vincula com igrejas e organizações religiosas (82%), notadamente as de matriz cristã”.

serviço exclusivamente privado e de cunho religioso no âmbito de uma política pública é inconstitucional.

As CTs não integram o SUS nem o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), conforme a recente Resolução 151/2024, do Conselho Nacional de Assistência Social, que inclusive proíbe as comunidades terapêuticas dedicadas ao tratamento do uso problemático de álcool e outras drogas de serem financiadas com recursos destinados à política de assistência social. Contudo, no caso do SUS, como mencionado, por mais que não sejam instituições públicas, estão inseridas, ao menos formalmente, na RAPS. Nesse sentido, ao não se enquadrarem nas tipologias dos serviços públicos, situam-se em um limbo regulatório, carecendo de marcos legais adequados e mecanismos institucionais voltados à monitoração independente desses espaços, o que agrava o risco da ocorrência de tortura e maus tratos em seu interior. Atualmente, os dois principais marcos legais que regulam as CTs são a Lei 13.840/2019 e a RDC 29/2011 da Anvisa, que trazem um arcabouço normativo frágil no que diz respeito às condições de funcionamento e mecanismos de fiscalização das CTs.

No dia 23 de outubro de 2023, foi publicada a Portaria do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) nº 926, de 20 de outubro de 2023, que “Estabelece diretrizes em âmbito nacional para fiscalização e monitoramento dos serviços prestados por Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas²⁸.” A normativa é problemática em termos de critérios e metodologia de fiscalização, dentre os quais a ausência de diálogo e discussão dela no âmbito do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)²⁹, além da previsão da possibilidade contratação de terceiros para a realização de fiscalização e a previsão de realização de etapas da fiscalização em modalidade remota. Realizada nesses moldes, a tendência é levar a fiscalizações ineficazes, legitimando irregularidades e abusos, além de expor denunciante e pessoas privadas de liberdade à revitimização e retaliações.

²⁸ Esse termo surge com a própria criação do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas no âmbito da Secretaria Executiva do MDS, por meio do Decreto nº 11.634, de 14 de agosto de 2023. Não foi identificada qualquer outra normativa em âmbito nacional que utilize essa terminologia. Só a partir da análise da estrutura do referido Departamento é que se pode ter uma ideia de que elas seriam, uma vez que o único órgão integrante deste Departamento é a Diretoria de Apoio a Comunidades Terapêuticas. Portanto, na ausência de definição legal e fazendo uma interpretação sistemática da estrutura do MDS, infere-se que as “entidades de apoio e acolhimento atuantes em álcool e drogas” são as próprias comunidades terapêuticas ou congêneres.

²⁹ Órgão superior permanente do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).

Em suas Observações Finais sobre o Segundo Informe Periódico do Brasil, no contexto da 2ª Revisão Periódica do Estado Brasileiro pelo Comitê Contra Tortura das Nações Unidas (CAT), **o CAT expressou preocupação em relação à política de financiamento público de CTs** e recomendou a priorização de políticas de cuidado de base familiar e comunitária para pessoas usuárias de drogas como alternativa às políticas privativas de liberdade:

29. O Comitê está preocupado com a Lei nº. 11.343, de 2006, que visa encaminhar os usuários de drogas para atendimento e tratamento médico prestado pelas chamadas “comunidades terapêuticas”, que são instituições religiosas privadas parcialmente financiadas pelo Estado-parte. Observa com preocupação que os pacientes de saúde mental também estão confinados em comunidades terapêuticas. Está profundamente preocupado com relatos de frequentes violações dos direitos humanos nessas comunidades, incluindo violência física e psicológica, uso excessivo da força, trabalho forçado, restrições à liberdade de circulação e más condições de vida. O Comitê lembra ao Estado Parte a sua responsabilidade de proteger a integridade física e psicológica das pessoas detidas nestas instituições, independentemente de a instituição ser ou não afiliada ao Estado Parte (artigos 2.º, 11.º e 16.º).

30. O Estado Parte deverá:

a) **Priorizar a reintegração familiar e os serviços sociais e de saúde nas comunidades como alternativa à internação de usuários de drogas;**

b) Garantir que as alegações de violações dos direitos humanos, incluindo tortura e maus-tratos, em comunidades terapêuticas sejam investigadas de forma imediata, completa e imparcial, que os alegados perpetradores sejam processados e, se considerados culpados, imponham uma pena proporcional à gravidade das suas ações, e garantir que todas as vítimas recebam uma reparação adequada;

c) **Garantir que os centros de reabilitação de pessoas usuárias de drogas sejam regularmente supervisionados** pelas autoridades de inspeção sanitária e de serviços sociais e por mecanismos de controlo independentes, e que tenham pessoal médico qualificado e treinado em número suficiente.

Vale ainda mencionar a recente Resolução nº 249, de 10 de julho de 2024, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), que dispõe sobre a proibição do acolhimento de crianças e adolescentes em Comunidades Terapêuticas, consolidando entendimento em conformidade com normativas nacionais e internacionais, dentre as quais se destacam a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei 10.216/2001 e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança da Assembleia das Nações Unidas.

Art. 1º Fica expressamente proibido, em todo território nacional, o acolhimento, atendimento, tratamento e acompanhamento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas ou em instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso, ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência, e que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares.

[...]

Art. 5º A atenção integral de crianças e adolescentes com necessidades de saúde mental deverá ser ofertada pelos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), por espaços protetivos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e da rede intersetorial, realizada no território e de caráter antimanicomial, garantindo a manutenção dos vínculos familiares e comunitários, a partir da execução de políticas públicas de proteção social e promoção de direitos humanos.

[...]

Art. 6º O Poder Público deve prioritariamente direcionar recursos financeiros para o fortalecimento e a expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que oferece uma abordagem integrada, comunitária e humanizada no cuidado em saúde mental, assegurando a proteção integral e os direitos das crianças e adolescentes, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)³⁰.

Nesse mesmo sentido, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) publicou a Resolução CONAD nº 10, de 19 de julho de 2024, que suspende a eficácia da Resolução CONAD nº 3, de 24 de julho de 2020, que havia autorizado o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas, determinando a instituição de um Grupo de Trabalho, no âmbito do CONAD, para elaboração de plano de desinstitucionalização de adolescentes acolhidos em comunidades terapêuticas³¹.

1.2 Apresentação da unidade

A inspeção na Comunidade Terapêutica Salve a Si - Instituto Eu (CT SaS) ocorreu no dia 5 de março de 2024. A equipe de inspeção foi composta por integrantes do MNPCT e convidados especialistas, representantes do Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal (CRP DF/01), do Grupo Saúde Mental e Militância no DF (UnB) e da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, da Câmara dos Deputados. A equipe chegou no local em torno de 9h e a inspeção foi concluída por volta de 15h.

Inicialmente, a equipe foi recebida pelo responsável técnico da unidade, para quem foram apresentados os participantes da inspeção e as prerrogativas legais do órgão. Após esse momento inicial de apresentação, a equipe se dividiu para conhecer os diferentes espaços da CT e dialogar com pessoas acolhidas, voluntários e funcionários. A equipe

³⁰ Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/blob/baixar/53659>. Acesso em: 30 de julho de 2024.

³¹ Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/blob/baixar/53659>. Acesso em: 30 de julho de 2024.

também solicitou a entrega de uma série de documentações pelo responsável técnico, conforme prerrogativa do órgão prevista no Art. 10, II, da Lei 12.847/2023, as quais foram fornecidas ao longo da inspeção. Não encontramos dificuldade para a realização do trabalho.

A CT está situada na região do entorno do Distrito Federal, na Fazenda Lages, estrada do Córrego Lages, Gleba 9, Sítio Salve a Si - Zona Rural do município Cidade Ocidental/GO. A extensa área da SaS fica a uma distância de cerca de 20km do centro urbano da Cidade Ocidental. Trata-se de local isolado: não há ponto de ônibus na região e para acessar o centro urbano da CT é preciso percorrer cerca de 3,6 km de estrada de terra.



Imagem de satélite da CT SaS.
Fonte: *Google maps*.



Imagem de satélite da CT SaS.
Fonte: *Google maps*.



Estrada de terra que leva à CT SaS.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Imagens aéreas da área da Fazenda Salve a Si.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Essa é a segunda visita do MNPCT à CT SaS, que já havia sido inspecionada pelo órgão, em conjunto com o CFP e MPF, em outubro de 2017³². Naquele momento, a equipe verificou um cenário preocupante, com indícios de prática de tortura ou outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, tais como: a ausência de planos terapêuticos singulares, indicativos de regimes de trabalho análogos à escravidão e

³² Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal. Brasília/DF: CFP, 2018. Disponível em: <https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2019/09/relatriodeinspeonacionalacts.pdf>. Acesso em: 20 de março de 2024.

servidão, ausência de assistência à saúde e psicossocial adequada e limitação de contato ao mundo externo, aspectos que serão abordados mais detidamente ao longo deste relatório.

A Organização Não Governamental Salve a Si é uma Associação Civil sem Fins Lucrativos, inscrita no CNPJ 11.208.669/0001-90, legalmente constituída em 22/08/2000, e sua filial, ONG Salve a Si Maria de Magdala, inscrita no CNPJ 11.208.669/0002-70, foi constituída em 29/10/2014, tendo como membro fundador e Presidente José Henrique França Campos³³. Até meados de 2023, a ONG administrava duas comunidades terapêuticas: a unidade masculina, localizada na fazenda que é a sede da ONG, na Cidade Ocidental/GO, e uma unidade feminina, a Casa Maria de Magdala, localizada na Colônia Agrícola Nova, Rural Leste, no Distrito Federal. Recentemente, após a inspeção, a SaS mudou de nome, sendo atualmente denominada de Instituto Eu Sou, cadastrado no mesmo CNPJ.

A partir de julho de 2023, denúncias em relação às CTs passaram a ser veiculadas pela mídia³⁴. Em reportagem de 17/07/2023, foi publicada matéria com denúncias de ex-acolhidos e ex-funcionários de que o Presidente da ONG, José Henrique França, teria usado mão de obra de mulheres e homens acolhidos na instituição para construção de sua casa particular e de que a obra teria sido financiada com doações e convênios com recursos do governo³⁵. A residência fica situada no mesmo terreno em que funcionava a unidade feminina da ONG, a Casa Maria de Magdala. A matéria ainda apresenta cópias

³³ Disponível em:

<https://g1.globo.com/go/goias/noticia/condenado-por-traffic-internacional-de-drogas-ex-usuario-monta-ong-para-ajudar-dependentes-quimicos-em-goias.ghtml>. Acesso em: 20 de março de 2024.

³⁴ “Você me protege, tá?”, pede presidente de ONG do DF a interna; ele foi denunciado por supostas irregularidades com doações”. Disponível em:

<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2023/07/17/voce-me- protege-ta-pede-presidente-de-ong-a-interna-ele-foi-denunciado-por-supostas-irregularidades-com-doacoes.ghtml>. Acesso em 20/03/2024.

“Presidente da ONG responde a acusações.” Disponível em:

<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/bom-dia-df/video/presidente-de-ong-salve-a-si-responde-acusacoes-11786492.ghtml>. Acesso em: 20 de março de 2024.

“Tribunal de Contas discute pedido de suspensão dos repasses à ONG 'Salve a Si'”. Disponível em: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/df2/video/tribunal-de-contas-discute-pedido-de-suspensao-dos-repasses-a-ong-salve-a-si-11833124.ghtml>. Acesso em: 20 de março de 2024.

“Novas denúncias de violências escancaram irregularidades nas comunidades terapêuticas do DF”. Disponível em:

<https://www.brasildefatodf.com.br/2023/07/27/novas-denuncias-de-violencias-escancaram-irregularidades-nas-comunidades-terapeuticas-do-df>. Acesso em: 20 de março de 2024.

³⁵ Disponível em:

<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2023/07/17/ex-acolhidos-e-ex-funcionarios-denunciam-irregularidades-em-ong-construida-com-dinheiro-publico-do-df.ghtml>. Acesso em: 20 de março de 2024.

de transferências da conta da ONG para a conta pessoal da tesoureira, Alexsandra Bezerra de Brito, ex-esposa do José Henrique França. Outra matéria, de agosto de 2023, traz o relato de um ex-acolhido que denuncia à polícia que foi agredido e ameaçado por pessoas que se identificaram como vinculadas a José Henrique França após denunciar o desvio das verbas públicas³⁶.

No momento da denúncia, a outrora denominada Salve a Si tinha um contrato com a Secretaria de Justiça e Cidadania do Distrito Federal (Sejus/DF) no valor de R\$3.000.000,00 (três milhões de reais), para o período de 2018 e fim de 2023. Os recursos eram oriundos do Fundo Antidrogas do Distrito Federal (FUNPAD/DF), que é gerido pelo Conselho de Políticas Sobre Drogas do Distrito Federal (CONEN-DF), vinculado à SEJUS/DF.

De acordo com pesquisa sobre o repasse do fundo público para Comunidades Terapêuticas do Distrito Federal³⁷, entre 2019 e 2022 a ONG Salve a Si recebeu repasses que totalizaram R\$3.337.440,15 apenas de duas fontes, a saber: o Fundo Antidrogas do DF (FUNPAD/DF) e a extinta Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED) do também extinto Ministério da Cidadania. Segundo outro estudo, específico sobre o repasse do FUNPAD/DF a Comunidades Terapêuticas do DF³⁸, a Salve a Si recebeu, de 2014 a 2021, R\$4.186.027,00. Em ambas as pesquisas, a Salve a Si foi a segunda Comunidade Terapêutica do Distrito Federal que mais recebeu verba pública

Contudo, no dia 9 de agosto de 2023, o Plenário do Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) determinou que a Sejus/DF suspendesse imediatamente o repasse de recursos públicos à ONG, assim como a realização de inspeção na Salve a Si e em sua filial, a Casa Maria de Magdala.

A medida atinge o repasse de cinco parcelas mensais pendentes, de R\$50.000 cada, o que totaliza R\$250.000. Até agora, já foram repassados R\$2.750.000 à organização. A pasta também deve realocar, em outras comunidades

³⁶ Disponível em:

<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2023/08/01/ex-acolhido-de-ong-diz-que-foi-agredido-apos-denunciar-desvio-de-dinheiro-publico-do-df.ghtml>. Acesso em: 20 de março de 2024.

³⁷ Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/379693200_Financiamento_publico_das_comunidades_terapeuticas_do_Distrito_Federal_2019-2022_chancelamento_estatal_a_violencia_manicomial. Acesso em: 27 de julho de 2024.

³⁸ Disponível em:

<https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/21849/11882>. Acesso em: 27 de julho de 2024.



terapêuticas, os acolhidos que estão em tratamento na Salve a Si, respeitando a vontade de cada assistido.³⁹

Após a interrupção dos repasses da Sejus-DF, a unidade feminina da CT foi fechada e, no dia 29 de agosto de 2023, o presidente da ONG, afastado do cargo; assumindo como presidente interino em seu lugar Rafael Barnabé, que atuava até então como vice-presidente, conforme registrado em ata da Assembleia Geral Extraordinária.

Um aspecto que nos chamou atenção em relação à gestão da unidade foram as informações coletadas em relação ao processo de escolha da presidência e da diretoria da ONG. Em conversa com um dos funcionários, perguntamos como ocorria a eleição e quais pessoas poderiam concorrer aos cargos da presidência e vice-presidência. Foi-nos informado que esse processo ocorria a cada cinco anos e que havia uma assembleia específica para os associados, mas o funcionário não soube dar mais detalhes sobre os critérios de escolha, informando que esse processo estaria regulamentado no Estatuto da ONG. Contudo, ao analisarmos o referido Estatuto e as atas de assembleias eleitorais, não ficou evidente quem são as pessoas associadas e foi verificada uma recorrente escala em formato de rodízio para os cargos da presidência e diretorias, aparentemente sempre ocupados pelos mesmos associados. Na documentação entregue não constam informações desses associados.

Dentre os documentos analisados, tivemos acesso ao edital de convocação da Assembleia Extraordinária da ONG Salve a Si de 8 de fevereiro de 2024, cuja finalidade era convocar os associados para uma reunião prevista para ocorrer no dia 19 de fevereiro do corrente ano, para informes e assuntos gerais, bem como para tratar da reestruturação da Diretoria e designação de cargos para os novos membros recém-eleitos. O documento afirma que a maioria absoluta dos associados seria suficiente para iniciar a assembleia em primeira convocação e, caso contrário, a segunda convocação aconteceria 30 minutos após a primeira e com qualquer número de presentes. Junto à Ata dessa reunião consta a lista de presença de quatro pessoas/associados, exatamente os eleitos para a composição da nova diretoria, conforme descrito abaixo:

Foi realizada a verificação de quórum, constatando a presença de: Rafael Barnabé, Alexandra Bezerra de Brito, Rossiny Santos Gonçalves e Orisson Augusto Costa e Silva, atingindo o quórum necessário para deliberação.
[...] O presidente esclareceu que **em face das exigências dos editais de parcerias governamentais**, a designação de cargos na **nova diretoria** para os

³⁹ Disponível em: <https://www2.tc.df.gov.br/tcdf-determina-fiscalizacao-imediata-na-organizacao-salve-a-si/>. Acesso em 20 de março de 2024.



novos membros Rossiny Santos e Orisson Augusto Costa e Silva, respectivamente [...].

Com o preenchimento destes dois cargos, a diretoria da ONG SALVE A SI ficou composta da seguinte forma: **Rafael Barnabé - Presidente, Rossiny Santos Gonçalves, Alexsandra Bezerra de Brito - Tesoureira, Orisson Augusto Costa Silva - Presidente do Conselho Fiscal.** E por não haver mais nenhum outro assunto a ser tratado, o presidente encerrou a reunião [...].⁴⁰

Cumprido destacar que não foi possível verificar na Ata mencionada de que forma foi realizada a votação para escolha da nova diretoria, tampouco foi possível saber informações básicas sobre a composição de associados que a instituição possui, já que são sempre as mesmas pessoas que se revezam nos cargos da presidência, vice-presidência e diretoria.

Vale mencionar que, de acordo com o apurado pelo MNPCT durante a inspeção e denunciado nas matérias acima mencionadas, a tesoureira da ONG é ex-companheira do José Henrique, com quem teve dois filhos; e Rafael Barnabé Bezerra é companheiro da irmã da Alexsandra, ou seja, ex-cunhado do José Henrique.

Entre 30/08/2019 e 27/02/2023, foi concedida a Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (CEBAS) à ONG SaS⁴¹, sendo que, ao longo deste período, houve composições da diretoria com pessoas que tinham entre si relação de parentesco⁴². Contudo, o Art. 3º, § 1º, II, a, da Lei Complementar nº 187/2021, prevê, para as instituições que tenham isenção fiscal pelo CEBAS, que: “nenhum dirigente remunerado poderá ser cônjuge ou parente até 3º (terceiro) grau, inclusive afim, de instituidores, sócios, diretores, conselheiros, benfeitores ou equivalentes da instituição de que trata o caput deste artigo”. Ainda que não fossem formalmente remunerados, vimos acima a denúncia de repasse de recursos da conta da ONG para a conta pessoal da tesoureira, o que não apenas é indício de desvio de verba pública, mas também vai de encontro à previsão legal relativa a entidades com CEBAS. Como veremos ao longo deste relatório, os dirigentes da entidade seguem recebendo benefícios para o exercício do cargo, não apenas na forma de remuneração direta, mas também indireta.

⁴⁰ Ata de Reunião da Assembleia Geral Extraordinária da OSC SALVE A SI - SAS - 20/12/23 - Data de fevereiro de 2024.

⁴¹ Informação disponível na página de consulta pública do SisCebas. Disponível em: <http://siscebas.saude.gov.br/siscebas/WebApplication/consultaPublicaPorCnpj.php>. Acesso em: 21 de março de 2024.

⁴² A Ata da Assembleia Geral da ONG do dia 7 de outubro de 2021 informa a seguinte composição da diretoria: Presidente da Diretoria: José Henrique França Campos; vice-presidente: Rafael Barnabé; Tesoureira: Alexsandra Bezerra de Brito.

Além do CEBAS e do convênio com a Sejus-DF, entre agosto de 2020 e agosto de 2023, a ONG Salve a Si também tinha convênio com o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome do Governo Federal. Nesse período, recebeu três repasses, que somados equivalem ao valor total de R\$716.601,00 (setecentos e dezesseis mil, seiscentos e um reais)⁴³.



Posters informativos sobre os convênios com o GDF e Governo Federal afixadas na CT.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Na inspeção, foi afirmado no diálogo com voluntários da instituição que, além dessas fontes de recurso, a entidade já chegou a receber doações no carnê, que chegavam a aproximadamente R\$50.000,00 (cinquenta mil reais) por mês. Foi possível verificar no dia da inspeção que a CT, com a perda das fontes de recurso, precisou diminuir o número de acolhidos. Além disso, foi apurado em diversos diálogos com a equipe e acolhidos que muitos deles têm dado uma contribuição mensal à SaS, cujo valor variava, chegando a R\$1.000,00 (mil reais) por mês.

No dia 18 de março de 2024, após a inspeção do MNPCT, foi veiculada outra reportagem, com novas denúncias de ex-funcionários. Relata-se que a cúpula da ONG teria orientado a racionar remédios dos acolhidos para cortar custos e manter o estoque de remédios:

As denúncias dos ex-funcionários apresentam troca de mensagens da equipe responsável pela administração dos medicamentos. Em uma das conversas, na qual o Metrôpoles teve acesso, a profissional Camilla Bezerra, responsável pela sala de remédios, e esposa do atual presidente da Salve a Si, Rafael

⁴³ Informações do Portal da Transparência. Disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/>. Acesso em 21 de março de 2024.



Barnabé, orienta que os demais funcionários controlem o remédio em grupos dos colaboradores.

“Não vamos conseguir manter nossa reserva assim. Reduzam a quantidade ao máximo”, afirma Camilla em uma das mensagens. Ela orienta ministrar apenas 15 ml de dipirona e que parem com a administração de paracetamol e nimesulida. “Quem reclamar de dor, chame o familiar”.

Camilla é formada em medicina na Bolívia e, até o momento, não foi aprovada em provas de habilitação para exercer a medicina no Brasil.⁴⁴

1.3 Regimento interno e proposta terapêutica

Por meio da documentação que recebemos da unidade no dia da visita, foi possível fazer uma análise detalhada dos principais regimentos que regulamentam a rotina diária naquele local, permitindo realizar o cruzamento com as informações que foram observadas *in loco* em consonância com as declarações dos acolhidos e funcionários da SaS, conforme será amplamente demonstrado neste relatório.

O regimento interno da unidade nos chamou bastante atenção por confrontar em alguns pontos com a realidade da rotina que foi observada pela equipe do MNPCT e pela imposição de determinadas regras. O referido documento contém 13 páginas, sendo composto por 15 capítulos que descrevem desde orientações de integração do acolhido, proposta de acolhimento, atividades terapêuticas, condições de permanência, responsabilidades, direitos do acolhido, orientações sobre deslocamento para atendimento médico, odontológico e judiciário, desligamento do programa, motivo para exclusão, término do tratamento e norma para visita.

Dentro do mesmo documento há uma espécie de regulamento interno que basicamente repete as rotinas e atribuições a serem seguidas, porém, de forma mais detalhada e, ao mesmo tempo, bastante confusa, pois ele traça uma suposta rotina e competência das equipes que trabalham na unidade, além da forma de como devem **fiscalizar e distribuir as tarefas e diversos trabalhos para os acolhidos**, como serviços de campo, limpeza de todas as dependências físicas e criação da Fazenda⁴⁵, já indicando a centralidade da adesão ao trabalho no projeto terapêutico da CT. Em outro capítulo, é novamente apresentado um rol de “direitos” acrescido dos “deveres” que os acolhidos devem seguir, além das proibições, advertências e desligamento deles.

⁴⁴ Disponível em:

<https://www.metropoles.com/distrito-federal/ong-e-denunciada-por-reduzir-remedios-de-pacientes-para-manter-estoque>. Acesso em 21 de março de 2024.

⁴⁵ Regimento Interno - Salve a Si, p.9. O regimento está anexado ao final desse relatório.

O primeiro capítulo do regimento interno trata de um Manual de Orientações do Candidato e descreve que a principal finalidade do trabalho da unidade está focada na “recuperação não só do indivíduo portador da doença dependência química, mas também dos seus familiares (...) pois embora a doença não seja contagiosa, ela é contagiante, ao afetar o universo familiar como um todo”.

Na sequência, o segundo capítulo descreve uma proposta de acolhimento afirmando que esse deve ser realizado em regime de “residência voluntária”, com duração mínima de seis meses, podendo ser prorrogado por até um ano. A proposta aduz que:

Até o terceiro mês, predomina aquilo que chamamos de desintoxicação inicial, com **permanência integral do acolhido na comunidade**. Durante esta etapa, o mesmo não pode ausentar-se da Casa, exceto por razões médicas, judiciais e/ou trabalhistas. Após esse período, o acolhido passará três dias em casa, com seus familiares ou responsáveis, entre a sexta-feira e a segunda subsequentes ao terceiro mês completo. O horário de retorno à comunidade vai até 12:00. No quarto mês, outros três dias em casa, no quinto mês, três dias em casa, e no sexto mês dar-se a conclusão do Acolhimento. Estas saídas terapêuticas têm por objetivo a preparação do retorno à sociedade (Ressocialização)⁴⁶.

Contudo, o que ocorre na rotina da instituição é permanência integral dos acolhidos na instituição, sem realização de quaisquer saídas externas, ao longo de todo o tempo de permanência, prática confirmada de maneira unânime por acolhidos, trabalhadores e dirigentes da CT. Na realidade, o que se observou foi uma rígida regulação da permanência de pessoas acolhidas na CT e das circunstâncias, dias e períodos de saídas, conforme será aprofundado ao longo do relatório. Inclusive, nos “direitos dos acolhidos”, consta “sair da comunidade **com permissão**”. Esse controle também se dá em relação à comunicação externa, como veremos de maneira mais detalhada adiante. Então, apesar de se apresentar como “residência voluntária”, o que implicaria a liberdade de ir e vir, o regime de permanência na SaS mais se aproxima a uma internação, o que é vedado pela Lei 13.840/19, em seu Art. 23-A, § 9º. Esse ponto será retomado em outros momentos.

Dentre os principais objetivos almejados, destaca-se a intenção de oferta de condições para que o acolhido “efetue as mudanças necessárias à manutenção de um estilo de vida livre de drogas. Em seguida, viabilizar o retorno consciente do acolhido à família e à sociedade”. O documento apresenta ainda um rol de atividades terapêuticas elencados da seguinte forma:

Atividades de desenvolvimento da espiritualidade • Grupos de Apoio: Amor Exigente (AE), Narcóticos Anônimos (NA), Alcoólicos Anônimos (AA) - 12

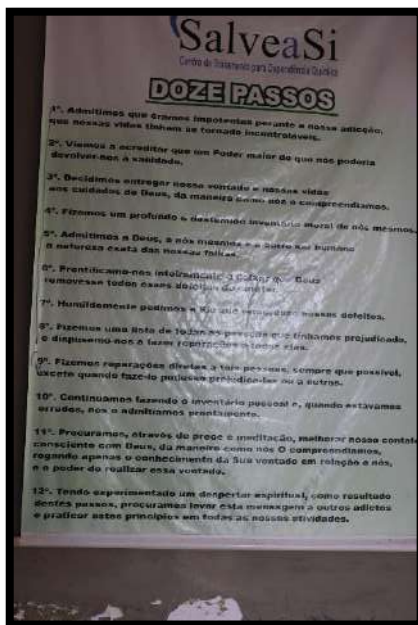
⁴⁶ Regimento Interno - Salve a Si, p.2.

Passos • Atividades em Grupo • atendimentos Individuais e/ou em Grupo • Atividades de capacitação, de promoção da aprendizagem, formação e as atividades práticas inclusivas • Atividades Culturais, Esportivas e Recreativas • Atividades de promoção do autocuidado e da sociabilidade⁴⁷.

Em relação aos critérios para permanecer no programa, o documento aponta que o acolhido deve:

a) Desejar verdadeiramente se recuperar dos vícios, b) Aceitar nossa proposta de seis meses a 1 ano de acolhimento, c) Participar ativamente da filosofia da Instituição: Espiritualidade, Trabalho, Disciplina e Terapias Alternativas, incluindo os Doze Passos de AE, NA, AA, além de todas as atividades terapêuticas que forem sugeridas (item 4)⁴⁸.

A CT atua numa perspectiva de abstinência total do indivíduo que faz uso problemático de álcool e outras drogas. Nesse sentido, o uso de qualquer substância psicoativa (SPA) é motivo para exclusão da instituição.



Banners que explicitam o Método de Minnesota adotado na CT SaS.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Em relação ao desligamento, o Regimento Interno prevê que independe do tempo de permanência na comunidade:

[...] desde que o interessado comunique a equipe de acolhimento com 48h de antecedência, e juntos decidirão o motivo pelo qual o interno tomou a decisão, onde o acolhido poderá optar ou não pela desistência e caso ele queira mesmo deixar a comunidade, a família será comunicada e deverá informar a instituição se deseja ou não buscar o interno para ser autorizado o comparecimento do familiar na referida unidade.

⁴⁷ Op. Cit. p.2.

⁴⁸ Op. Cit. p.2.

Vale ressaltar que as disposições sobre o desligamento do interno nos chamaram bastante atenção, tendo em vista que o documento evidencia que **não será fornecido nenhum tipo de apoio para o deslocamento do residente** “que, por qualquer motivo, esteja se desligando do programa”. A equipe de inspeção constatou explicitamente que há uma intenção de manter as pessoas naquele local por mais tempo, principalmente os que não têm apoio familiar. Vejamos o que diz parte capítulo 12 do regimento:

c) Caso a família não possa comparecer, o acolhido será dispensado para seguir seu caminho pelos seus próprios meios. d) A Instituição não se responsabiliza pelo transporte do residente que, por qualquer motivo, esteja se desligando do programa. e) Enquanto aguarda seu desligamento do programa, é **ABSOLUTAMENTE NECESSÁRIO** continuar participando de todas as atividades e, caso prejudique a disciplina, será **SUMARIAMENTE EXCLUÍDO**⁴⁹. (Negrito e maiúscula no original.)

Como já informado, a CT SaS fica situada na zona rural e distante da região urbana. Além disso, os acolhidos que lá estão não possuem nenhum meio de comunicação, tampouco recursos financeiros para se deslocarem “com seus próprios meios”. Vale ressaltar ainda que não há, no documento que rege a unidade, qualquer disposição sobre assistência para os internos que não possuem apoio familiar, **expondo-os à condição de permanência involuntária no local, por não terem condições de se deslocar até a região urbana mais próxima.**

1.4 Fluxo de entradas e saídas

Analisando a documentação fornecida ao MNPCT, ficou evidente o grande fluxo de pessoas privadas de liberdade que passaram pela CT Salve a Si, ao longo dos últimos quinze anos (janeiro /2009 a fevereiro/2024). Verifica-se que houve um constante fluxo de entradas, com picos de entrada e saída mais concentrados entre os anos de 2011 e 2023. Durante todo período avaliado, mais de 4.062 pessoas entraram e 4.055 saíram da CT. Vejamos os gráficos a seguir:

⁴⁹ Regimento Interno - Salve a Si. p.4.



Gráfico 1: Fluxo de entradas e saídas da CT SaS, entre 2009 e 2024.

Percebemos uma tendência de aumento progressivo de entradas entre 2009 e 2015, quando atingiu seu auge, com redução entre 2016 e 2018 e retomada do crescimento a partir de 2019 até 2023, com brusca redução no número de entradas em 2024. Certamente, essa redução tem associação direta com a série de denúncias veiculadas sobre a CT em 2023 e a perda dos financiamentos distrital e, posteriormente, federal. Observa-se que a maioria dos anos tem maior número de entradas do que de saídas, exceto 2011, 2015, 2023 e 2024. Contudo, nesses últimos dois anos a discrepância entre os números de saídas em relação a entradas é proporcionalmente mais acentuada, o que mais uma vez remete ao processo de depauperação da SaS neste período.

A alta rotatividade nesse local remete à falta de adesão de acolhidos à proposta da unidade, o que é ainda reforçado pelo fato de que cerca de 50% das pessoas que foram acolhidas permaneceram na unidade por no máximo 90 dias, o que é inferior ao tempo mínimo proposto do regimento interno da instituição, que é de 180 dias. Mais de 160 das pessoas que passaram pela unidade permaneceram por menos de 24 horas e 1112 pessoas permaneceram até 10 dias. Esse dado, junto com a alta prevalência de evasões, indica insatisfação de acolhidos com o serviço ofertado. Se um número significativo de pessoas não chega a completar os seis meses de permanência, ao menos 30 pessoas permaneceram além do tempo padrão de seis meses, e três permaneceram mais de um ano na CT. No diálogo com voluntários, observou-se que eles eram todos ex-acolhidos da instituição,

que já estavam há pelo menos mais de 12 meses, muitas vezes tendo passado de acolhido a voluntário.

Tempo de permanência dos acolhidos| 2009-2024

Período de internação	Quantidade de acolhidos
11 a 90 dias	2042
02 a 10 dias	1112
91 a 180 dias	703
01 dia	162
181 a 299 dias	30
Não informou	13
Mais de 300 dias	3

Gráfico 2: Tempo de permanência de acolhidos na CT SaS, entre 2009 e 2024.

Em complemento, apresentamos outro gráfico com base na documentação recebida, no qual se evidencia que **mais de 61% das pessoas que passaram por essa CT nos últimos 15 anos acabaram evadindo**, outras 21,5% desistiram e menos de 17% tiveram altas administrativas. Esses números levantam dúvidas sobre a proposta terapêutica da comunidade terapêutica e indicam que o maior determinante para a saída não é a conclusão do tratamento proposto, mas a insatisfação com ele.

Além da grande quantidade de desistentes, a unidade é marcada pela proporção alta de evasões, sinalizando que muitos acolhidos não se sentiram seguros ou apoiados o suficiente para permanecer no local, a ponto de “fugirem”. Ou seja, uma parte significativa de acolhidos fica no local até conseguirem evadir, o que não é fácil, dada a distância do local do centro urbano e a ausência de transporte público. Vale observar que, se é uma residência voluntária, as saídas voluntárias antes da alta não deveriam ser significadas enquanto evasões. O próprio uso desse termo **aproxima mais uma vez o regime de permanência à internação e implica que há privação de liberdade de pessoas acolhidas**, caso contrário não teriam por que evadirem, simplesmente se desligariam voluntariamente.

Motivação da Saída| 2009-2024

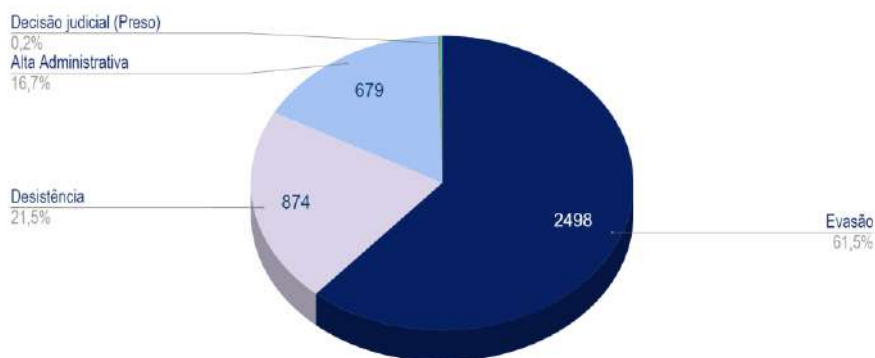


Gráfico 3: Motivo de desligamento de acolhidos na CT SaS, entre 2009 e 2024.

Destacamos ainda que, para além das preocupações acima mencionadas, é fundamental atentar para as questões relacionadas ao custeio de internações na CT Salve a Si, tendo em vista que não existem informações concretas e transparentes sobre como as internações foram financiadas ao longo desses últimos 15 anos de existência dessa instituição.

Da documentação que o Mecanismo analisou, percebeu-se que **não havia informações sobre o custeio de mais de 50% dos contratos relativos a esse período** – ou seja, foram mais de 2 mil vagas sem informações sobre o financiamento. Das mais de 4.000 vagas oferecidas, a documentação indica que apenas 644 foram custeadas com recursos da própria unidade. O restante foi financiado por recursos governamentais, ONGs e outras fontes não especificadas.

Custeio das internações| 2009-2024

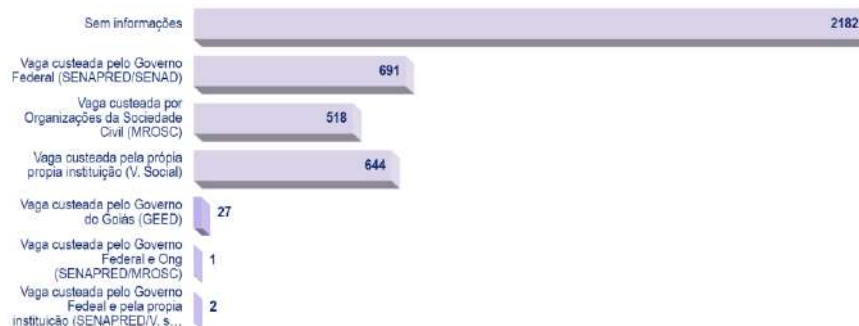


Gráfico 4: Custeio das internações na CT SaS, entre 2009 e 2024.

Cumpre-nos destacar que a falta de clareza em relação ao financiamento remete à falta de transparência em relação à execução adequada dos recursos. Além disso, a

dependência excessiva de financiamento externo, em vez de recursos próprios, levanta questões sobre a sustentabilidade financeira da unidade a longo prazo. Como veremos adiante, sem esses recursos, ela basicamente se sustenta com doações dos acolhidos e uso de mão de obra de voluntários.

Em relação ao perfil socioeconômico dos residentes no dia inspeção, segundo documentos fornecidos por funcionários, a CT tem capacidade para acolher cerca de 130 pessoas, porém no dia da inspeção havia 28 pessoas acolhidas. A equipe de inspeção teve acesso a todas as informações e documentos arquivados nas pastas das pessoas internadas que estavam naquele local, e verificamos que, dentre eles, sete (25%) foram registradas como sendo pessoas em situação de rua.

Essa população é visada pela CT. Quando ainda tinha financiamento público, a SaS fazia o “banho do amor” no Setor Comercial de Brasília, voltado à captação de pessoas em situação de rua. Segundo informado por voluntários na inspeção, quando era realizado, levava-se um trailer e um ônibus a locais públicos de uso de drogas. Ofereciam-se alimentos, roupas e banho para as pessoas da região e, no final, quem se voluntariava já era levado diretamente para a CT. Foi informado ainda que, anteriormente, a prevalência de pessoas em situação de rua era muito maior, tendo diminuído recentemente pela falta de financiamento. Inclusive, como mencionado acima, na inspeção constatamos que boa parte dos residentes faz doações para a instituição para ajudar com sua manutenção.

Em relação à escolaridade dos residentes, verificamos que dentre os 28 internos na data da inspeção, a maior parte tem baixa escolaridade formal, até o ensino médio. A idade desse público está entre 19 e 58 anos, com regionalidade concentrada nas regiões administrativas do Distrito Federal e nas cidades do entorno, pertencentes ao estado de Goiás:

COMUNIDADE TERAPÊUTICA SALVE A SI
Escolaridade | Perfil socioeconômico dos 28 acolhidos:

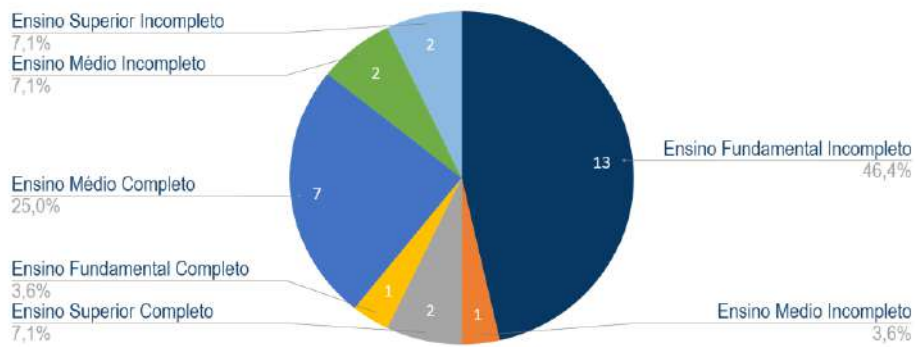


Gráfico 5: Escolaridade das pessoas acolhidas na CT SaS na data da inspeção.

COMUNIDADE TERAPÊUTICA SALVE A SI
Idade | Perfil socioeconômico dos 28 acolhidos:

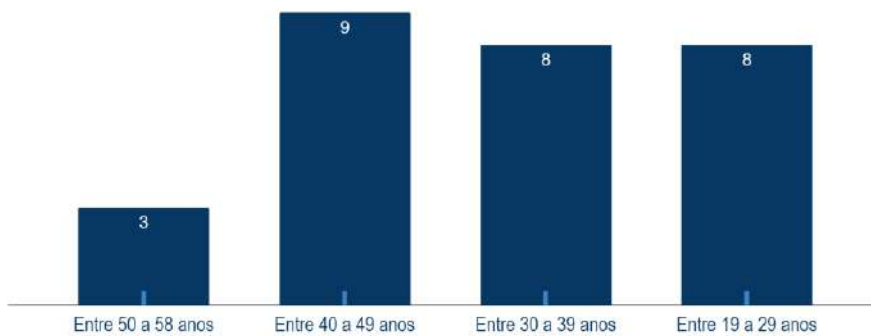


Gráfico 6: Faixa etária das pessoas acolhidas na CT SaS na data da inspeção.

COMUNIDADE TERAPÊUTICA SALVE A SI
Região de origem das pessoas que estavam acolhidas no dia da inspeção do MNPCT



Gráfico 7: Região de origem das pessoas acolhidas na CT SaS na data da inspeção.

Em relação à raça/cor das pessoas acolhidas, não há dados sistematizados na instituição. No arquivo pessoal dos acolhidos, apenas oito tinham informação em relação à raça/cor e, ainda assim, com ausência de padronização de categorias e discrepância em

relação ao padrão do IBGE⁵⁰, constando quatro pessoas brancas, duas pardas, uma morena e uma negra. A ausência de registros sobre essa informação indica uma invisibilização da dimensão racial no âmbito institucional - apesar da predominância de pessoas negras acolhidas, observada pela equipe de inspeção - e não contribui para a sistematização de informações mais amplas sobre o perfil de pessoas acolhidas em CTs. Agregado a isso, observa-se que a discrepância em relação às categorias oficiais se dá apenas em relação às pessoas não brancas, com sobreposição de categorias (pardo e negro) e uso de categoria (moreno) que potencialmente descaracteriza e reforça ainda mais a invisibilização de pessoas negras acolhidas na instituição.

Embora não haja registros detalhados sobre a situação financeira dos acolhidos, foi possível verificar que um número significativo deles ocupava vagas custeadas com recursos públicos, sendo que das 28 vagas que estavam preenchidas no dia da inspeção, 15 eram custeadas pelo Executivo Federal e 13 pela própria instituição responsável. Contudo, esses dados estão desatualizados, já que o convênio com o Governo Federal terminou no final de 2023. Deduzimos, então, que, se estiverem corretas as informações, essas pessoas inicialmente entraram em uma vaga custeada, mas depois permaneceram mesmo com o fim do contrato.

1.5 Estrutura e acomodações

Os membros da equipe da inspeção tiveram oportunidade de conhecer parte da estrutura da unidade. Por se tratar de um sítio em área rural, não foi percorrida toda a área. As principais estruturas visitadas foram o setor administrativo, o galpão de oficinas, área coberta multiuso, alojamentos, refeitório/cozinha/despensa, curral e galinheiro.

⁵⁰ As categorias de raça/cor adotadas pelo IBGE são: branco, preto, pardo, indígena, amarelo.



Entrada da CT Salve a Si.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Na visita à cozinha, a equipe notou que o trabalho no local é bastante insalubre, sobretudo em razão do fogão à lenha que emite muita fumaça. As pessoas acolhidas são responsáveis pelo preparo da alimentação e ficam expostas à fumaça durante todo o trabalho. Durante as entrevistas, foi relatado que há uma escala de trabalho na cozinha, onde uma pessoa fica responsável por manter o fogão aceso e outra no preparo das refeições.



Cozinha.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Cozinha.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Observando o espaço da cozinha, nota-se uma série de desconformidades em relação ao preconizado na RDC 2016/2004 da ANVISA que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. Sem o objetivo descrever exaustivamente todos os pontos, notamos que o espaço de preparação dos alimentos não é controlado e não evita a contaminação cruzada dos alimentos. As instalações físicas não estão íntegras, livres de rachaduras e infiltrações. As portas e janelas não são dotadas de fechamento automático, bem como não possuem telas para impedir o acesso de vetores e pragas.



Cozinha.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Cozinha.

Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Existe uma abertura entre a cozinha e o local onde são realizadas as refeições onde também não há nenhuma proteção contra contaminação dos alimentos.



Acesso à cozinha pelo refeitório.

Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Observamos que os utensílios utilizados pelos acolhidos nas refeições são de plástico (caneca e prato). Embora a RDC 2016/2004 da ANVISA não vede a utilização deste tipo material, esta recomenda que eles devam ser descartáveis ou, quando feitos de material não-descartável, devem estar devidamente higienizados, sendo armazenados em local protegido. No entanto, conforme se observa no registro, os itens não estavam protegidos. Recomenda-se o uso de utensílios de vidro, que são mais fáceis de higienizar,

reduzindo os riscos de contaminação e garantindo maior segurança alimentar das pessoas que se alimentam no local.



Utensílios usados para as refeições.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Em relação à água, a CT não é ligada à rede de abastecimento de água potável. A captação de água na instituição se dá por meios próprios. A ANVISA preconiza que deve ser utilizada somente água potável para a manipulação de alimentos. Quando utilizada solução alternativa de abastecimento de água, a potabilidade deve ser atestada semestralmente mediante laudos laboratoriais. A equipe de inspeção não recebeu nenhuma documentação sobre a testagem da água utilizada na instituição. Notou-se que as torneiras da cozinha não possuíam nenhum sistema de filtragem da água.



Torneiras sem sistema de filtragem.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Em relação ao armazenamento de alimentos, a equipe de inspeção identificou cortes de proteína animal embalado em saco plástico sem informação de origem/procedência. Apenas com uma fita identificando que se tratava de carne suína doada numa data específica. A equipe também encontrou produtos armazenados na despensa com data de validade vencida.



Identificação da carne sem informação de procedência.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Polpa de suco vencida.
Fonte: Acervo MNPCT.

As refeições são feitas em um refeitório grande na entrada da CT, onde há um filtro de água bastante velho e desgastado:



Refeitório.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Bebedouro no refeitório.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Gravura afixada no espaço do refeitório.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Conforme documentação entregue, a infraestrutura dos recursos físicos do local conta com 22 dormitórios, sendo que 15 deles são equipados com até três beliches (nove camas) e espaço para guarda de objetos, e sete contém mais de nove camas e espaço para guarda de objetos. A estrutura é composta também por cerca de quatro dormitórios individuais, 10 banheiros individuais com chuveiro e instalação sanitária, e um banheiro coletivo com chuveiros e instalações sanitárias.

Em relação à acessibilidade, há apenas um quarto em que o banheiro possui barras laterais, mas cujas outras instalações e estrutura não estão conforme os padrões de acessibilidade. As portas dos quartos possuem tranca e a chave deles fica com um monitor. No dia da inspeção, os quartos estavam trancados por fora, o que possibilita o uso desses espaços para o isolamento de residentes. Esse cenário vai de encontro com o Art. 15, da RDC 29/2011, que prevê que: “Todas as portas dos ambientes de uso dos residentes devem ser instaladas com travamento simples, sem uso de trancas ou chaves”.



Casa onde se localizam os quartos das pessoas acolhidas.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Banheiro individual equipado com barras laterais.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Quarto coletivo.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Quarto coletivo.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



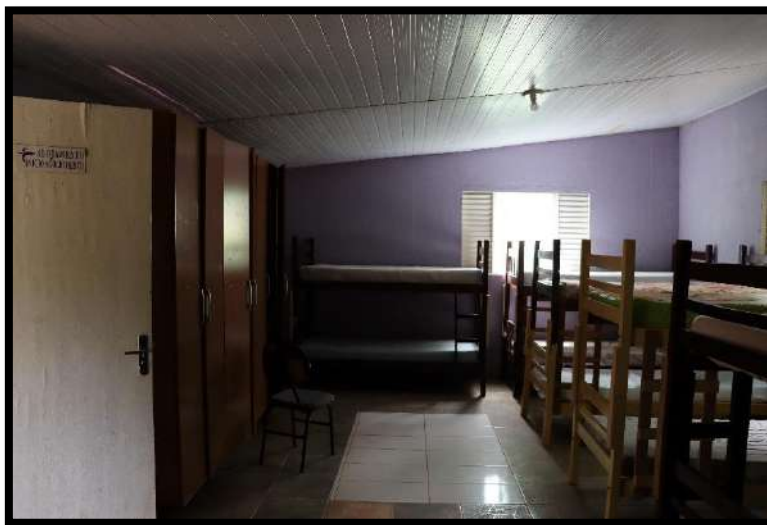
Banheiro coletivo.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Outro espaço que foi inspecionado e deve ser destacado é o alojamento de início de acolhimento, chamado de “quarto do detox”. Próximo da administração, trata-se de um quarto coletivo, com seis beliches e um banheiro comum. Segundo as informações prestadas, esse é o local que todos passam, assim que chegam da SaS. A duração de permanência seria de três até 10 dias, quando **o acolhido fica em total isolamento, sem a possibilidade de contato com outros residentes, sem contato com familiar e sem outras atividades**. De acordo com o relato de um residente que passou pelo “detox”, foi

um período difícil, em que não podia deixar o local, não passou por avaliação médica, e onde o único contato que teve, durante os 10 dias de permanência, foi com os monitores.



Alojamento conhecido como “quarto do detox”.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Alojamento conhecido como “quarto do detox”.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

A CT não tem máquina de lavar roupa, essas são lavadas à mão pelas pessoas acolhidas no espaço da lavanderia:



Lavanderia.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Ainda na parte de trás dos quartos, há aparelhos de ginástica em péssimo estado de conservação, a maioria sem condições de uso.



Aparelhos de ginástica sem condições de uso.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

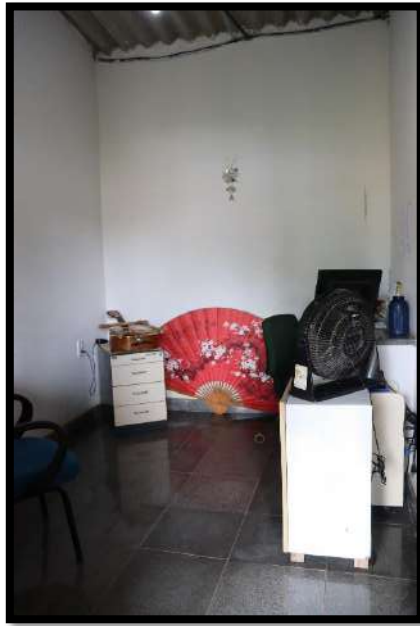


Aparelhos de ginástica sem condições de uso.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Em outro ambiente da CT, há salas de atendimento individuais para “conselheiros terapêuticos” e assistência social, apesar de não haver profissional do serviço social no quadro de funcionários. Há também uma copa destinada a funcionários/voluntários.



Sala de atendimento dos conselheiros terapêuticos.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Sala de atendimento dos conselheiros terapêuticos.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Há espaços na CT voltados às atividades de trabalho e lazer, todos com móveis e equipamentos/instrumentos velhos e desgastados. Para além dos espaços de criação de animais (vacas e porcos), trabalho que também é feito pelos acolhidos.



Local onde acolhidos fazem trabalho de marcenaria.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Espaço para atividades.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Espaço para atividades.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Espaço do curral.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Mais acima, no terreno, há outra construção que tem um auditório para reunião, sala de TV e dormitórios, que, segundo informado, estavam interditados por estarem sem condições de uso, com mofo e infiltrações.



Sala de TV.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Sala de TV.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Quarto em desuso.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Infiltração no quarto.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Buraco no teto do quarto.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Mais distante do local onde os acolhidos residem, há ainda a residência do Presidente da ONG, local onde acolhidos também trabalham, conforme relatos de voluntários, acolhidos e do próprio Presidente. Em diálogo com a equipe do MNPCT, ele afirmou que a casa é cedida pela ONG para seu uso e posse enquanto for Presidente. Ele não permitiu a entrada do MNPCT na casa, apesar de ser também um local destinado à realização do programa da CT, já que, como afirmou um voluntário, a casa faz parte da “atividade laboral” dos acolhidos, assunto que será retomado adiante.



Fachada externa da residência do Presidente da ONG.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Fachada externa da residência do Presidente da ONG.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

1.6 Plano de Atendimento Individual

De acordo com a RDC nº 29, de 30 de junho de 2011 da ANVISA, cada residente da Comunidade Terapêutica deve possuir sua ficha individual em que se registre periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas observadas. A ficha deve contemplar itens como: I - horário do despertar; II - atividade física e desportiva; III - atividade lúdico-terapêutica variada; IV - atendimento em grupo e individual; V - atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas; VI - atividade que promova o desenvolvimento interior; VII - registro de atendimento médico, quando houver; VIII - atendimento em grupo coordenado por membro da equipe; IX - participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros; X - atividades de estudos para alfabetização e profissionalização; XI - atendimento à família durante o período de tratamento; XII - tempo previsto de permanência do residente na instituição; e XIII - atividades visando à reinserção social do residente.

Por sua vez, a Lei nº 13.840, de 2019 (que alterou a Lei de Drogas), obriga a elaboração de um Plano Individual de Atendimento – PIA, sendo que a avaliação médica prévia (exigida para admissão na Comunidade Terapêutica, conforme RDC 29/2011) subsidiará a elaboração e execução do projeto terapêutico individual a ser adotado.

O PIA deverá contemplar a participação dos familiares ou responsáveis, os quais têm o dever de contribuir com o processo, sendo que este Plano deverá ser atualizado ao

longo das diversas fases do atendimento. Constarão do plano individual, no mínimo: I - os resultados da avaliação multidisciplinar; II - os objetivos declarados pelo atendido; III - a previsão de suas atividades de integração social ou capacitação profissional; IV - atividades de integração e apoio à família; V - formas de participação da família para efetivo cumprimento do plano individual; VI - designação do projeto terapêutico mais adequado para o cumprimento do previsto no plano; e VII - as medidas específicas de atenção à saúde do atendido.

Na CT Salve a Si o PIA é chamado de Plano de Atendimento Singular (PAS). A equipe do MNPCT analisou o PAS dos 28 residentes que se encontravam acolhidos na data da inspeção. Sobre o PAS, a primeira observação que fazemos é que se trata de um formulário com questões, basicamente, de marcar X e predefinidas, com poucos espaços onde se possam construir outras possibilidades de ações além das já apresentadas no formulário. Outra questão que se observou é a falta de indicação da construção do Plano com uma equipe multiprofissional, contando com a participação da família, no caso daqueles acolhidos que mantêm esse vínculo.

Em vários PAS analisados, mesmo tendo característica de formulário, identificamos muitos campos de coleta de informação em branco, deixando a dúvida sobre se o dado é inexistente ou se o dado não foi devidamente coletado.

Em relação ao cumprimento da RDC nº 29/2011 da ANVISA, a totalidade dos PAS's analisados da Salve a Si não trazem a descrição dos horários da jornada diária, incluindo horário de despertar; não menciona como se dá a participação na rotina de limpeza, organização, cozinha e demais espaços da instituição; também não há menção de atividades de estudos para alfabetização e profissionalização.

Ao observar a Lei nº 13.840/2019, identificamos que o PAS também está em desacordo com essa legislação, uma vez que estão ausentes os resultados da avaliação multidisciplinar; a designação do projeto terapêutico mais adequado para o cumprimento do previsto no plano e as medidas específicas de atenção à saúde do atendido. Em nenhum dos PAS's analisados identificamos os objetivos declarados pelo atendido.

Há no PAS um campo sobre a Saída do Acolhido onde constam atividades de capacitação profissional para marcação de X nos seguintes itens: Curso de Agrofloresta com implantação de sistemas agroflorestais; Curso de produção de substratos e horticultura orgânica, formação profissional e geração de trabalho; Curso do SENAR; Padaria Escola.

Dos PAS analisados, 30% não tinham nenhum registro de atividade com vistas à integração social ou capacitação profissional. No contexto de atividades já preenchidas no PAS, tampouco identificamos qualquer outra atividade proposta fora dessa relação. E, embora tenha um número significativo de acolhidos com indicação de atividade nos seus PAS's, no momento da inspeção, a atividade existente era a de padaria, que se trata da atividade de assar os pães para o consumo diário dos acolhidos da Comunidade Terapêutica, isto é, a atividade testemunhada pela inspeção não se enquadra num contexto de curso de formação profissional.

Em relação à participação familiar, o PAS traz apenas duas questões para marcação de X, que são: “Os seus familiares participam dos atendimentos todos os sábados em nosso grupo de autoajuda para co-dependência?”; e “Visitação dos familiares e responsáveis dos acolhidos ocorre todo o segundo domingo do mês na Salve a Si, onde são realizadas atividades de reestruturação sociofamiliar” (para marcar sim ou não). Em relação à primeira pergunta, o grupo de auto-ajuda a que se refere é o grupo “Amor Exigente”, cujas reuniões acontecem semanalmente em Brasília. Dos Planos analisados, 42% tinham a marcação positiva para os dois itens acima. No entanto, o que se depreende na realidade é que não há nenhuma outra menção de atividade de integração e apoio à família que não estejam relacionadas à participação do familiar nos encontros do grupo “Amor Exigente” em local distinto da comunidade terapêutica e a visitação do familiar ao acolhido uma vez por mês na comunidade terapêutica.

Nos PAS's analisados não há menção sobre a indicação de formas de participação da família para o efetivo cumprimento do Plano. Novamente, há o descumprimento da legislação na qual preconiza que o PIA/PAS deverá contemplar a participação dos familiares ou responsáveis, os quais têm o dever de contribuir com o processo.

É importante registrar que o PIA/PAS é um instrumento de planejamento que deve orientar e sistematizar o trabalho a ser desenvolvido com a pessoa acolhida pela equipe da Comunidade Terapêutica e em conjunto com a sua família. Também é importante registrar que essa construção deve ser em articulação com os demais serviços, projetos e programas da rede do território na qual a pessoa acolhida possui vínculo ou que pretende estabelecer, considerando o seu processo de desligamento da instituição. Observando os PAS's da Salve a Si não identificamos que esses pontos foram contemplados.

E ainda, considerando as particularidades de cada pessoa acolhida e as situações que a levaram ao acolhimento na comunidade terapêutica, o PIA/PAS deve conter

objetivos, estratégias e ações com a finalidade de garantir: a oferta de cuidados de qualidade; o fortalecimento da autonomia; a garantia do direito à convivência familiar (preservação e fortalecimento de vínculos familiares durante o período que estiver acolhido e, quando possível, a promoção da reintegração); a preservação da convivência comunitária, com manutenção de vínculos positivos previamente existentes – incluindo pessoas de referência da comunidade, do território de origem, além de outras referências afetivas como amigos entre outros – e a construção de novos vínculos e a participação na vida comunitária; o acompanhamento e apoio à família de origem, em parceria com outros serviços da rede, com vistas ao desenvolvimento de sua capacidade de cuidado e proteção; a preparação para o desligamento e o acompanhamento após o desligamento do acolhimento.

A ênfase do PIA/PAS deve se dar no delineamento de objetivos e ações que possam nortear e facilitar o trabalho de acompanhamento de cada caso durante o período de acolhimento, incluindo, quando for o caso, o acompanhamento no período inicialmente após o desligamento. **Notou-se uma homogeneização dos PAS's analisados na Salve a Si**, indicando muito mais um cumprimento pró-forma, mesmo que em partes com a legislação vigente, do que um Plano de fato que busque atender as reais necessidades de maneira singular de cada pessoa acolhida na instituição. Essa homogeneização já está dada no tempo padrão de permanência na instituição, entre seis meses e um ano, não adequando o tempo do projeto terapêutico às necessidades singulares de cada pessoa.

Chamou nossa atenção o fato de a família, após assinar o contrato de acolhimento, não poder ficar com uma cópia dele e, ao mesmo tempo, os acolhidos assinarem um termo de autorização de direitos de imagem, para quaisquer fins, à entidade.

Dentre a documentação recolhida, há um modelo/manual de projeto terapêutico, contudo sem indicação de data, autoria ou mesmo de qual instituição elaborou o documento, já que não há logo que o identifique. Ao fazer uma pesquisa na internet, encontramos diversos trechos deste manual que são extraídos de documentos de outras instituições, sem fazer a devida referência. Segundo o manual, os procedimentos de atendimento individual seriam divididos em três fases: a 1ª Fase, de acolhimento, com previsão de duração de 10 a 30 dias; a 2ª Fase, de avaliação, que se concentraria em uma “avaliação diagnóstica” por um período mínimo de um a no máximo dois meses; e 3ª Fase, chamada de “atendimento ambulatorial”, em que seria estabelecido um plano de reintegração social, subdividido em outras quatro etapas. O referido documento

estabelece ainda que as avaliações regulares devem estar alinhadas com o planejamento do PAS que deve envolver a família com previsão de comunicação contínua que vise a possível avaliação de riscos e monitoramento diário.

É interessante notar que, além do PAS e projeto terapêutico realizados na CT não seguirem em nada o documento orientador entregue pela própria instituição, o referido manual se utiliza de termos médicos - como “avaliação diagnóstica” e “atendimento ambulatorial” - que, no entanto, não tem qualquer correspondência com o que é efetivamente proposto.

1.7 Atendimento de saúde e psicossocial

O atendimento prestado nas comunidades terapêuticas deve seguir a RDC Anvisa 29/2011 e as Leis 13.840/2019 e 11.343/2006 (que foi alterada pela anterior). Recentemente, foi publicada a Nota Técnica nº. 3/2024/SEI/CSIPS/GGTES/DIRE3/ANVISA, que traz esclarecimentos sobre o funcionamento de CTs, especialmente para diferenciar essas instituições dos serviços de saúde ofertados em Clínicas Médicas Especializadas em Dependência Química. Enfatiza-se, dessa forma, que **é vedado às CTs realizar procedimentos de saúde e, caso o façam, devem então, cumulativamente, seguir as normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde (tais como a RDC 42/2010, RDC 63/2011, RDC 222/2018 e RDC 509/2021).**

Quanto à RDC 29/2011, cabe notar que a CT Salve a Si não cumpre adequadamente seu Art. 5, que estabelece que “As instituições abrangidas por esta Resolução deverão manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação.” Apesar de ter um RT com ensino superior na unidade, **não há nos quadros da unidade um substituto com a qualificação mínima para lhe substituir**, o que foi confirmado por monitores.

Em relação aos demais profissionais, no dia da nossa inspeção não encontramos nenhum profissional de saúde na unidade; mesmo assim existem salas de atendimento terapêutico, que, conforme informações recebidas, são espaços onde voluntários atendem tanto familiares como acolhidos. Existe uma distorção dessa atividade, pois **vários**

acolhidos referiram ser atendidos por psicólogos, quando na realidade não são⁵¹. Na relação de funcionários enviados pela CT não existem psicólogos contratados, somente uma psicóloga voluntária, que aparece em alguns documentos como a Responsável Técnica Substituta, mesmo sem fazer parte do quadro de funcionários da instituição. Vale notar que essa profissional não consta do quadro de funcionários da unidade e que, apesar de figurar em alguns documentos como RT substituta, formalmente não há nenhum funcionário que ocupe esse cargo.

O artigo 2º do Contrato de Acolhimento da Salve a Si diz que:

Nosso Centro de Acolhimento proporciona as condições fundamentais a recuperação do acolhido, contando com uma equipe interna (coordenadores, psicólogos Terapeutas Holísticos, Conselheiros em dependência química/Alcoolismo e monitores) e externa (diretoria e voluntários), que zelam pelo bom andamento do acolhimento em cada uma de suas etapas, as quais se dividem em: Adaptação, Conscientização e Reintegração Social.

Ao entrar na instituição, o contrato assinado pelo acolhido lhe garante acesso a uma equipe multiprofissional. Mas no dia da inspeção encontramos apenas voluntários, sem vínculo estável, atuando como conselheiros terapêuticos formados em curso da Federação Nacional de Comunidades Terapêuticas (FENACT) de 750 horas, segundo informado. Também foi informado que não há atendimento da assistência social na CT desde julho de 2023. Conforme relatos dos acolhidos, esses atendimentos consistem em convencimento à adesão ao tratamento, principalmente nas primeiras 48 horas, onde são impedidos de sair, e, caso o acolhido, mesmo depois da tentativa de convencimento, queira desistir da internação, não tem transporte garantido. Não existem grupos terapêuticos realizados por profissionais da área.

Em relação à psicóloga voluntária, que em alguns documentos figura como RT substituta, vale destacar que ela é coordenadora do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) da Cidade Ocidental e **esposa do vice-presidente da ONG**, conforme ele mesmo relatou à equipe de inspeção. Além de realizar atendimentos voluntários na ONG, foi também informado que é comum o CREAS encaminhar pessoas para “internação” - termo utilizado pelo próprio vice-presidente na sua fala - na CT, inclusive levando-os para lá, o que gera um grave conflito de interesse.

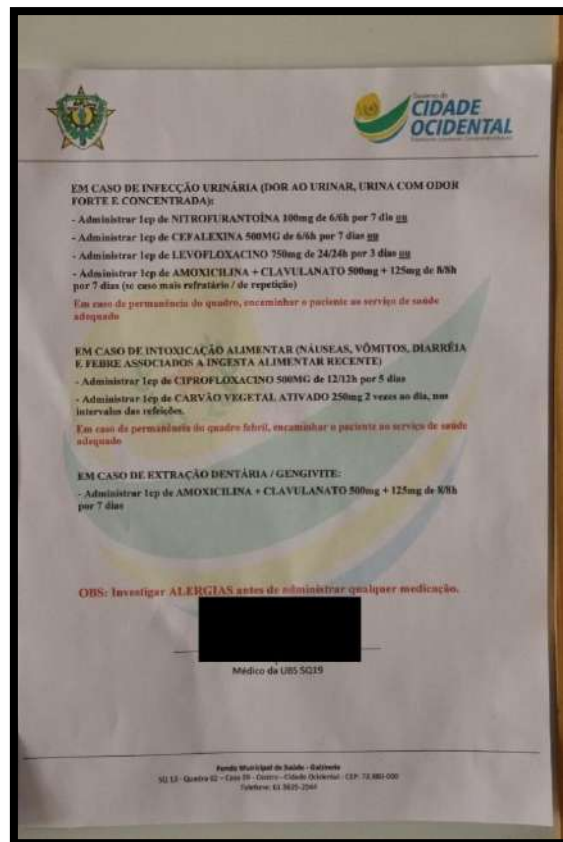
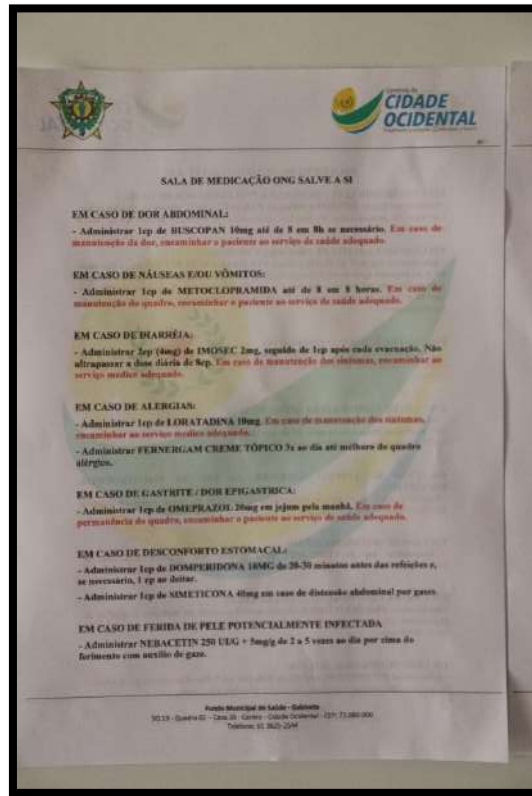
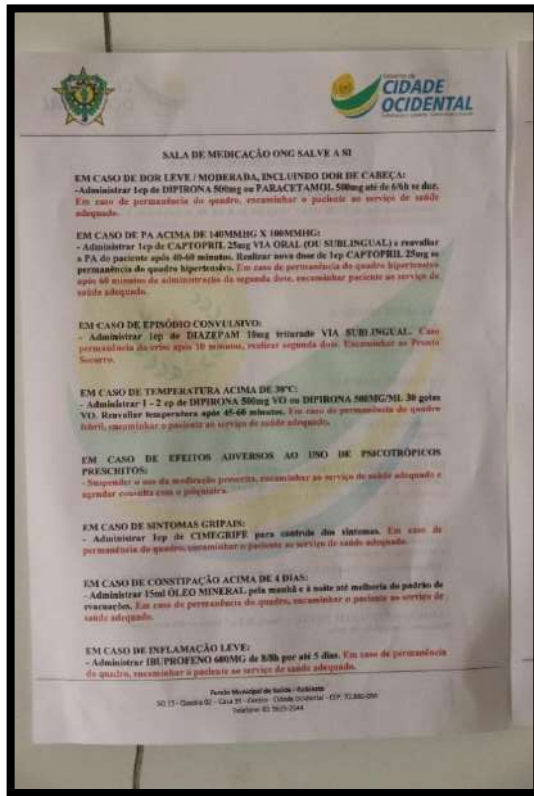
⁵¹ O exercício ilegal da profissão de psicólogo é uma contravenção penal, prevista no Artigo 47 do Decreto-Lei nº 3.688/41 (Lei das Contravenções Penais).

Quanto à relação de parentesco, o vínculo impede a SaS de receber financiamento público de vagas no âmbito do município da Cidade Ocidental, por força da Lei federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, que, em seu Art. 39, III, veda a celebração de qualquer modalidade de parceria entre a administração pública e as organizações da sociedade civil com OSC que:

III - tenha como dirigente membro de Poder ou do Ministério Público, ou dirigente de órgão ou entidade da administração pública da mesma esfera governamental na qual será celebrado o termo de colaboração ou de fomento, estendendo-se a vedação aos respectivos cônjuges ou companheiros, bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau; [...].

Em relação ao controle de medicação, cada acolhido tem na sua pasta uma folha mensal, com o nome dos medicamentos, quantidade que toma e uma página com a assinatura do acolhido e da pessoa que forneceu. **Cabe ressaltar que é um voluntário, sem formação na área de saúde, que faz dispensação da medicação.** No Brasil, a legislação sobre quem pode administrar medicação psiquiátrica é composta por diversas leis e normas, sendo as principais: a Lei nº 7.498/1986, que regulamenta o exercício da enfermagem e define as competências dos profissionais da área e o Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498/1986 e estabelece as normas técnicas para o exercício da enfermagem; Parecer de Conselheiro Federal nº. 180/2018/COFEN; Parecer de Conselheira Federal nº. 240/2021/COFEN; Parecer de Conselheiro Federal nº. 3/2023/PROGER/DPAC/SPC/COFEN. De acordo com essas normas, a administração de medicação psiquiátrica é de responsabilidade de: médicos, que são os únicos profissionais habilitados a prescrever medicamentos, inclusive os psicotrópicos; enfermeiros, que podem administrar medicamentos sob prescrição médica, exceto em situações que exijam avaliação e decisão imediata do médico; e técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, que podem administrar medicamentos sob orientação e supervisão de um enfermeiro, exceto os medicamentos controlados e as medicações que exijam administração por via parenteral.

Além disso, o MNPCT ficou profundamente preocupado ao encontrar **uma lista afixada na parede da sala de medicação com a orientação para a administração de medicamentos por profissional não habilitado**, a serem ministrados de acordo com sintomas, incluído sintomas psiquiátricos, assinado por médico da rede de atenção básica da Cidade Ocidental/GO, conforme fotos abaixo:



Lista afixada na sala de medicação com orientações para administração de medicamentos.
 Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Em diálogo com o MNPCT, o vice-presidente confirmou a realização do “S.O.S.” em caso de convulsão, quando relatou que administram Diazepam sublingual. Além disso, encontramos na unidade cartelas de psicotrópicos - haldol, fluoxetina e risperidona - além de outras medicações de uso controlado, soltas em caixas com pertences de acolhidos e ex-acolhidos, sem receita médica. Havia ainda diversas medicações guardadas nos armários da sala de medicação, desacompanhados de receita médica. O Art. 17 da RDC 29/2011 veda o estoque de medicamentos sem receita médica em CTs. Além disso, a Nota Técnica 3/2024 da Anvisa esclarece que é vedado às CTs utilizar medicamentos psicotrópicos em sua terapêutica a menos que ofereçam concomitantemente serviços de saúde sob responsabilidade de médico habilitado, o que não ocorre na Salve a Si.



Cartela de Maleato de Dexclorfeniramina desacompanhada de receita.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Cartelas de Haldol e outras medicações de uso controlado desacompanhadas de receita.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Armário de medicações desacompanhadas de receita.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

O diagnóstico de saúde feito por leigos pode ser perigoso e levar a consequências graves. Soma-se a isto as implicações deletérias da administração medicamentosa realizada também por pessoas sem a devida formação. Os sintomas de uma doença podem ser semelhantes aos de outras doenças, o que dificulta o diagnóstico preciso. Um profissional de saúde está treinado para identificar a causa dos sintomas e determinar o diagnóstico correto. O tratamento com medicamentos ou outras terapias sem orientação médica pode ser perigoso e levar a interações medicamentosas, efeitos colaterais graves ou até mesmo à morte.

Não existe prontuário médico na unidade. Apesar de a grande maioria receber medicação e de sermos informados na entrevista que os acolhidos passam por médicos da rede externa, **não encontramos receitas atualizadas e individuais, principalmente dos medicamentos controlados**. Ouvimos de alguns acolhidos que uma pessoa ligada à direção renova as receitas para pegar na rede pública de saúde, mas não encontramos nada físico.

Também nos chamou a atenção o fato de existir acolhido que toma carbonato de lítio diariamente e não existir na pasta nenhum exame de sangue de controle da litemia, como é preconizado:

Carbonato de lítio: Dose inicial: 300 mg/dia. Faixa de dose: 300-1.800 mg/dia (de acordo com o nível sérico), dose única à noite. Incremento de 300 mg a cada 2 dias até chegar a 900 mg. Dosar nível sérico. Dose máxima: 1.800 mg/dia, com ajuste de dose de acordo com o nível sérico (nível sérico terapêutico: 0,6-1,2 mEq/L). Nota: O nível sérico deve ser dosado com uso

contínuo de dose estável do estabilizador por pelo menos 5-7 dias e intervalo de 12 horas da última administração até o horário da coleta de sangue⁵².

Ou seja, em qualquer quantidade do medicamento que estiver sendo administrada, o controle do nível de lítio no sangue deve ser realizado através de exame laboratorial. Vale notar ainda que essa medicação só é indicada para quadros graves, segundo a bula. Contudo, conforme o Art. 16, parágrafo único, da RDC 29/2011, e o Art. 26-A, § 1º, da Lei 11.343/2006 (adicionado pela Lei 13.840/2019), não é permitida a admissão e permanência de pessoas com comprometimento biológico ou psíquico grave em instituições que não possuam equipe técnica de saúde. Pela pasta de controle de medicação, podemos deduzir que **existem muitos acolhidos com comorbidades**, enquadrando-se nas situações de “comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave”.

Há um acolhido que tem deficiência auditiva na CT. Ele não é oralizado e não há intérprete na instituição. Foi relatado que ele se comunica apenas escrevendo. Contudo, para realização de atividades em grupo, como as reuniões de grupo realizadas, não há qualquer meio de acessibilidade. Entendemos assim que, sem ter intérpretes para garantir sua inserção na CT, sua participação em atividades terapêuticas e até mesmo os atendimentos individuais com os voluntários ficam totalmente comprometidos.

A CT ainda guarda testes rápidos de HIV em sua sala de medicação. Contudo, para a aplicação destes é preciso passar por capacitação do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI/SVSA/MS), conforme os manuais do Ministério da Saúde⁵³.

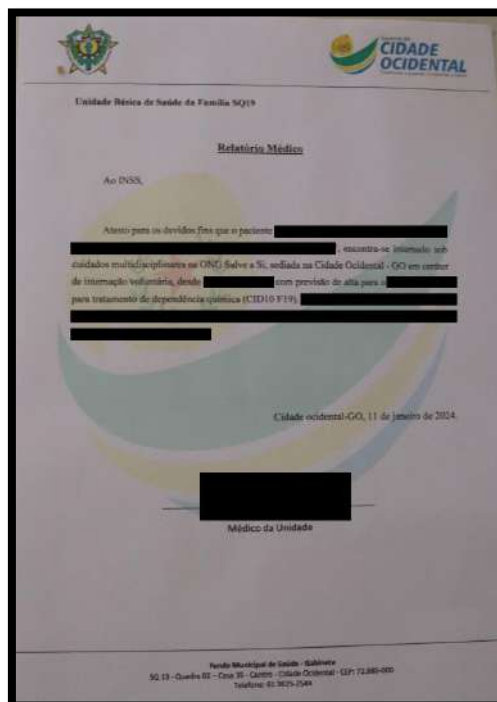
⁵² Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2018/pcdt_2018_completo.pdf/view. Acesso em: 30 de julho de 2024.

⁵³ Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/testes-rapidos>. Acesso em: 30 de julho de 2024.



Autoteste de HIV na sala de medicações.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Outra questão que nos chamou atenção é que em várias pastas individuais de acolhidos, **há um relatório médico de encaminhamento para internação na CT.** Entretanto, como já apontado acima, é vedada a internação em CTs, que devem realizar apenas serviços de residência voluntária, conforme a Lei 11.343/2006, alterada pela Lei 13.840/2019. Em seu Art. 23-A, § 2º, a legislação estabelece que a internação de pessoas usuárias de drogas, mesmo voluntária, só pode ocorrer em unidades de saúde ou hospitais gerais.



Relatório médico de encaminhamento para internação.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Por todo o exposto neste item, entendemos que **há fortes indícios de que a Salve a Si não realiza apenas um serviço de comunidade terapêutica acolhedora, mas se caracteriza enquanto serviço de saúde que atua em modalidade de internação**, devendo então cumprir todas as normativas aplicáveis a serviços de saúde, inclusive a Lei 10.216/2001, que são inteiramente ignoradas na instituição. Nem mesmo a legislação da RDC 29/2011 e da Lei 11.343/2006 (alterada pela Lei 13.840/2019), aplicáveis apenas às CTs que fazem acolhimento, estão sendo cumpridas a contento na Salve a Si, conforme demonstrado.

1.8 Laborterapia, trabalhos forçados e exploração

De acordo com a declaração de acolhidos, o horário de despertar é às 6h e o café é servido às 6h30. Às 7h, é realizada uma reunião entre os acolhidos e, às 8h, inicia-se o que o acolhido chamou de “laborterapia”, isto é, o trabalho nas diferentes áreas da CT. Entre 12h e 15h é o horário do almoço e descanso. Entre 15h e 19h retoma-se o trabalho. Entre 19h e 22h é o horário do jantar e lazer. O horário de dormir é 22h. Alguns residentes, que trabalham com a ordenha e cuidado com os animais, relataram que acordam entre 3h e 4h da manhã.

A informação do vice-presidente da CT diverge da repassada pelo acolhido, pois aquele mencionou que a atividade laboral seria apenas entre 8h e 10h e que no horário da tarde seriam realizadas reuniões temáticas. Em diálogo com os monitores, eles confirmaram a rotina descrita pelos acolhidos. Pudemos observar que os horários de trabalho também variam conforme a tarefa realizada. Para aqueles que trabalham na cozinha, informação confirmada pelo vice-presidente da ONG em entrevista, a rotina começa às 5h e só termina depois das 19h. Ou seja, **um dia de trabalho na cozinha equivale a uma jornada de cerca de 14 horas de trabalho**, acima inclusive do limite legal das Leis de Consolidação do Trabalho. Da mesma forma, aqueles que fazem trabalhos ligados à ordenha e criação de animais iniciam sua jornada de madrugada.

Na CT, os acolhidos trabalham em várias tarefas, desde ordenhar, cuidar de porcos, de aves, campo, cozinhar, lenhol (preparação da madeira para ser usada no fogão a lenha, pois não existe fogão a gás), oficina de reparos, construção, extração de madeira para lenha, limpeza e várias outras atividades que são identificadas como laborterapia. Nós

entendemos que **há fortes indícios que o regime de trabalho na CT caracterize trabalho análogo à escravidão**, tipificado no Art. 49 do Código Penal:

Art. 149. Reduzir alguém à condição análoga à de escravo, quer submetendo-o a trabalhos forçados ou a jornada exaustiva, quer sujeitando-o a condições degradantes de trabalho, quer restringindo, por qualquer meio, sua locomoção em razão de dívida contraída com o empregador ou preposto:

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, além da pena correspondente à violência.

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem:

I – cerceia o uso de qualquer meio de transporte por parte do trabalhador, com o fim de retê-lo no local de trabalho;

II – mantém vigilância ostensiva no local de trabalho ou se apodera de documentos ou objetos pessoais do trabalhador, com o fim de retê-lo no local de trabalho.

As pessoas privadas de liberdade na CT trabalham várias horas, inclusive se levantando de madrugada, em trabalhos extenuantes, muitas vezes em condições precárias e perigosas; não recebem remuneração por seu trabalho; e são impedidos de sair ou de manter contato com o mundo exterior livremente (somente os acolhidos da ressocialização - “RESSÔ” - tem essa permissão). Além disso, os monitores da CT mantêm vigilância rígida sobre as pessoas acolhidas e a instituição apropriada de seus recursos e objetos pessoais, como veremos adiante.

Recomendamos que seja feita a fiscalização sobre essas condições e a apuração dos responsáveis por essa prática. O trabalho análogo à escravidão é um crime e uma grave violação dos direitos humanos. Grande parte dos acolhidos perdeu vínculo familiar devido ao uso problemático de álcool e outras drogas e acabam aceitando morar nas dependências da unidade em troca de trabalho, inclusive na manutenção da residência particular da direção da CT. Nas entrevistas, os acolhidos em geral referiram que existe muito serviço para pouca gente e não há contratação de mão de obra para fazer a manutenção do espaço. Como ilustrado acima, **a SaS é uma fazenda com uma área extensa, mantida inteiramente pela exploração da mão de obra dos acolhidos, que também trabalham na manutenção das dependências da ONG e até mesmo da casa particular onde reside o Presidente da SaS**. As construções do curral, galinheiro, tanque de peixes e horta foram integralmente executadas pelos residentes.

Em relação ao trabalho das pessoas privadas de liberdade na residência pessoal do Presidente da ONG, essa prática foi confirmada por diversos interlocutores, acolhidos e monitores. Em diálogo com o Presidente, perguntado sobre isso, ele disse que os acolhidos trabalham apenas na área externa da casa, afirmando que ele mesmo faria a

limpeza interna. Sua fala entra em contradição com os demais relatos de que há dois acolhidos que realizam serviços domésticos na casa. Consideramos esse cenário extremamente grave, pois reatualiza a histórica exploração de mão de obra de pessoas socialmente vulnerabilizadas para a realização de trabalho doméstico sem remuneração ou quaisquer garantias trabalhistas.

Outro ponto de preocupação é o relato do presidente e vice-presidente de que a **ONG “terceiriza” a mão de obra de acolhidos para realização de serviços de pedreiro**. Inclusive, ambos afirmaram que pretendem abrir uma micro-empresa para “formalizar” essa contratação. O que apuramos na inspeção é que tais acolhidos realizam esse trabalho externo, mas a remuneração não é paga diretamente a eles: é passada à CT e repassada a eles, o que abre a possibilidade de a CT recolher indevidamente parte da remuneração. Não foram entregues documentos comprobatórios da lisura dessa transação. A abertura de uma micro-empresa pela CT seria para formalizar esse fluxo. Os gestores não justificaram, contudo, qual a necessidade de intermediação da CT para a contratação externa de acolhidos. Entendemos que esse cenário aponta para uma **atuação indevida da SaS como empresa que terceiriza empregados, que, neste caso, são os próprios acolhidos**. Qualquer remuneração recebida por acolhidos em trabalhos externos deve ser paga integral e diretamente a esses, não tendo a CT permissão para atuar como empresa que terceiriza serviços.

Os acolhidos que fazem parte da RESSÔ (ressocialização) ficam em outro alojamento e usam camisetas cinzas, onde se lê “grupo de apoio - GA”, e trabalham na sala de medicamentos, almoxarifado e em obras. Analisando a documentação recebida, em relação aos funcionários da unidade, muito nos chamou a atenção que **somente cinco funcionários são registrados regidos pela CLT**, que, segundo informado, só não foram mandados embora porque a CT não tem recursos para pagar os encargos trabalhistas.

Os demais trabalhadores constam como voluntários, com cargas horárias de até 44 horas semanais, inclusive o responsável técnico, o que também configura exploração de mão de obra. Fomos informados que essas pessoas recebem apenas o auxílio para condução e a alimentação no local de trabalho. Importante ressaltar que entre os denominados conselheiros em dependência química, que fazem o atendimento nas salas de atendimento terapêutico, não tem ninguém com formação na área da saúde, inclusive um deles tem apenas ensino fundamental. O que é comum a todos eles são os cursos oferecidos pelas associações de comunidades terapêuticas.

Há voluntários que residem na CT e nesses casos, mesmo existindo o Termo de Adesão ao Serviço Voluntário, há indícios de infração legal, pois um dos requisitos para a caracterização do serviço voluntário é que a prestação de serviço seja de modo gratuito, ou seja, não pode haver nenhuma espécie de remuneração, seja em dinheiro, seja em produtos ou outros serviços, seja *in natura* (habitação, alimentação). A gratuidade é a condição *sine quo non*. No entanto, o que se nota na Salve a Si é que **voluntários estão trocando sua força de trabalho por moradia e alimentação**.

Vale notar que, para além dos cursos que os próprios voluntários buscam junto às associações de CTs, que inclusive são pagos, a SaS não promove a capacitação profissional e técnica de sua equipe, o que vai de encontro com o Art. 10 da RDC/2011, questão também ressaltada pela Anvisa em Nota Técnica:

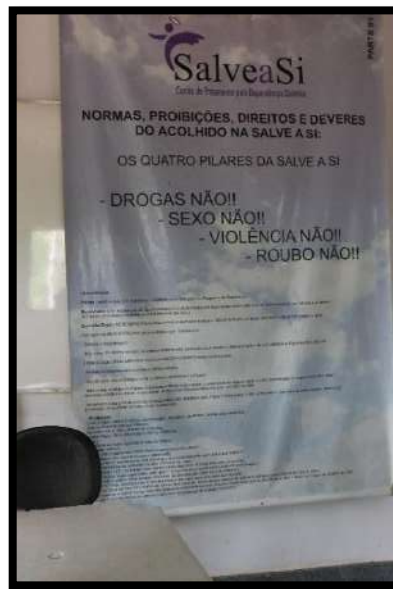
Adicionalmente, deve ter registros de todas as ações de capacitação realizadas pela equipe, com datas, lista de presença e conteúdo ministrado. Neste sentido, ressalta-se que a Comunidade Terapêutica deve buscar a profissionalização e capacitação de seu corpo técnico, mesmo que seja em regime que agregue equipe fixa e voluntariado, em um ambiente adequado ao programa adotado. Em resumo, **não se admite a concepção simplista de que a Comunidade Terapêutica teria fins meramente caritativos, desprovida de responsabilidades básicas** (entre os quais o de capacitação de pessoal) com os objetivos perseguidos, que em última instância se revelam como a recuperação de sujeitos, o resgate da cidadania, e a busca de novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, além da reinserção social. Até mesmo os profissionais não envolvidos diretamente nas terapêuticas desenvolvidas precisam ser capacitados, como por exemplo, aqueles responsáveis pela preparação e manipulação de alimentos. (Nota Técnica nº. 3/2024/SEI/CSIPS/GGTES/DIRE3/ANVISA).

1.9 Regras disciplinares

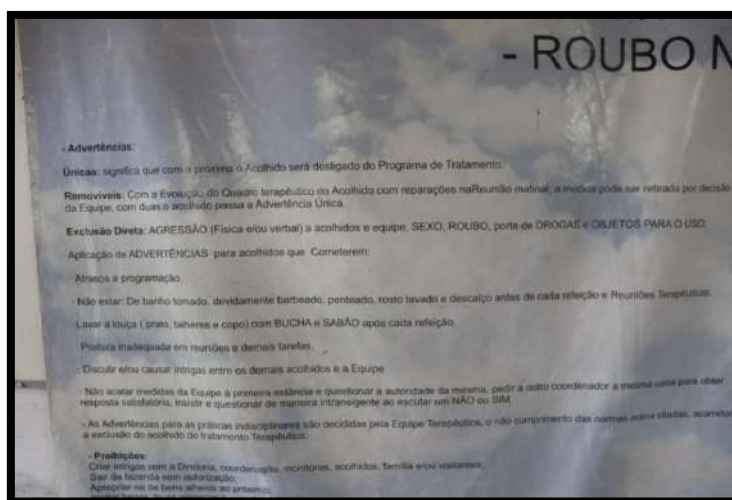
Conforme as entrevistas, **os acolhidos não têm a opção de não realizar as atividades de laborterapia, pois caso se neguem, recebem advertências**, que são classificadas como única e removível. Por exemplo, se o acolhido tiver duas advertências vira única e na segunda é expulso. No caso da advertência removível, após um mês, passa-se por avaliação e pode ser retirada do prontuário.

Não encontramos critérios para a aplicação dessas advertências, que vão desde lavar roupa fora dos horários pré-estabelecidos, andar sem camisa, ficar sozinho no quarto, ou seja, são critérios subjetivos, de acordo com a discricionariedade da casa. Levando em conta o tempo excessivo de permanência dos acolhidos na casa, nos surpreendeu a regra de abstinência sexual.

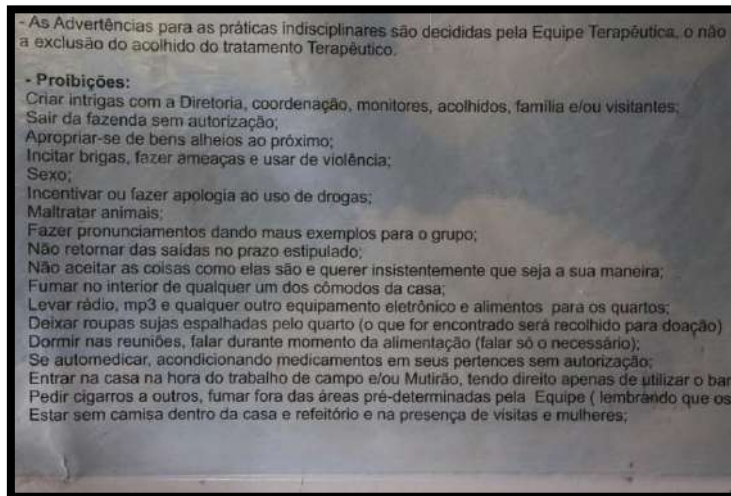
No regimento interno da unidade, há diferentes artigos que tratam dos deveres, obrigações e proibições aos acolhidos, inclusive com sobreposição de disposições que tornam a leitura e compreensão do documento difícil. A adesão ao trabalho e cumprimento das tarefas passadas aparecem como obrigatórios em diferentes disposições e, aos coordenadores, cabe inclusive fiscalizar o andamento do trabalho dos acolhidos (Art. 11, d). Da mesma forma, não consta entre os direitos do acolhido se negar à realização de trabalhos. As proibições aos acolhidos estão previstas no Art. 14 e estão afixadas em cartazes nas paredes da CT, assim como as consequências à violação das proibições.



Cartaz com as regras disciplinares da instituição.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Cartaz com as regras disciplinares da instituição.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Cartaz com as regras disciplinares da instituição.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Em diálogo com os monitores, perguntamos quais as sanções em caso de descumprimento das regras e foi respondido que essas seriam relativas à “perda de privilégios”, tais como a transferência para um quarto com mais gente e a elaboração de textos que repetem os conceitos do programa, semelhante aos castigos antigamente aplicados por professores a alunos. O que ficou patente é que não há uma definição prévia das sanções, o que leva a ampla arbitrariedade.



Aviso de comportamento proibido e sujeito a advertência.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Há situações que podem causar desligamento, previstas no regimento interno, conforme segue:

13. MOTIVOS PARA EXCLUSÃO

- a) – Usar drogas e/ou álcool na Instituição.
- b) – Reincidir no descumprimento das normas internas e não participar em qualquer atividade proposta, sem motivo justo.
- c) – Praticar atos obscenos ou manter relações sexuais.
- d) – Lançar mão de objetos que não lhe pertencem.
- e) – Usar álcool e/ou drogas fora da comunidade, como também qualquer atitude que venha depor contra a proposta e a integridade pública da Instituição, em momentos das saídas diversas: Grupos de Apoio (AE, AA, NA), consulta médica/odontológica, participação em eventos, intimação judicial, etc.
- f) – Agredir fisicamente, desrespeitando outro acolhido ou a equipe de tratamento.
- g) – Incitar atos de rebeldia ou participação voluntária nos mesmos.
- h) – Guardar dinheiro consigo.
- i) – Motivos outros: A equipe de acolhimento se reunirá para avaliação.

Chama atenção a abstinência sexual, que também se estende à “prática de atos obscenos”, expressão de sentido aberto. Na SaS, os acolhidos não podem permanecer sozinhos no quarto e são desprovidos de momentos de privacidade, ou seja, estão submetidos a um nível de regulação de suas vidas que pretende impedir até mesmo a busca do prazer sexual de maneira individual e privativa. Entendemos que esse tipo de interferência na individualidade, assim como a abordagem moralista sobre o sexo, vai na contramão das boas práticas de educação sexual e desmistificação do prazer sexual, cria um ambiente opressor em relação a um aspecto absolutamente normal e sadio da experiência humana.

A proibição de guardar dinheiro consigo também é preocupante, pois implica necessariamente a falta de autonomia e controle sobre pertences e recursos pessoais, implicando na transferência de sua guarda para a instituição, o que efetivamente tem levado ao uso indevido de valores dos acolhidos pela CT, como será descrito no próximo tópico. A previsão de “incitação de atos de rebeldia” é outra disposição bastante aberta e que pode implicar uma obediência cega a determinações arbitrárias da diretoria e de monitores. Ainda há a possibilidade de exclusão por “outros motivos”. Em diálogo com o vice-presidente da CT em relação aos critérios para a expulsão nesses casos, restou evidente que não existem critérios pré-definidos, sendo uma avaliação subjetiva de caso a caso.

A rotina da SaS, com regras de comportamento estritas e uma lógica de aplicação de sanções sem critérios transparentes, **caracterizam essa CT como um verdadeiro**

espaço disciplinar que se utiliza da aplicação arbitrária de castigos para a imposição de obediência, promovendo de maneira flagrante a institucionalização de acolhidos.

Esse cenário se contrapõe a uma terapêutica baseada em princípios de respeito à individualidade e diversidade, de fortalecimento da autonomia e da construção de relações dialógicas e horizontais entre acolhidos, monitores e diretoria da ONG.

1.10 Contato com o mundo externo

Analisando os prontuários individuais, pudemos verificar que existe um contrato feito entre a unidade e os familiares, onde a participação nas reuniões do grupo de autoajuda (amor exigente), que acontece todos os sábados, é condição básica para poder realizar as visitas e entregas de itens para os acolhidos na CT. As visitas são realizadas sempre no segundo domingo do mês, entre 13h e 18h, sendo que **a primeira visita só pode ser realizada depois de trinta dias após o acolhimento da pessoa**. Cada pessoa é autorizada a cadastrar até quatro visitantes, segundo o Regimento Interno. No diálogo com monitores, foi afirmado que durante as visitas, os familiares são chamados na sala dos conselheiros para saber como está a evolução do acolhido.

Os itens de assistência e cartas para os acolhidos fornecidos por familiares só podem ser entregues no local da reunião do grupo amor exigente, cujo ponto de coleta fica na Igreja Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, na Asa Sul, em Brasília. Para realizar a entrega, os familiares devem participar da reunião do grupo. Apesar de, no dia da inspeção, ter sido afirmado por monitores que há uma quantidade e especificação sobre quais itens podem ser entregues, esses critérios não estão descritos no Regimento Interno da CT. Para entrar na CT, os itens deixados no ponto de coleta passam por uma revista antes de serem entregues aos acolhidos. Em relação aos critérios dessa revista, não estão descritos no Regimento Interno.

Para o acolhido ter direito a fazer ligações telefônicas é estipulado em contrato que ele deve escrever semanalmente para a família. Essas cartas são entregues na reunião do amor exigente apenas uma vez por mês, apesar de o Regimento afirmar que os acolhidos podem receber e enviar cartas uma vez por semana. Percebemos uma rigidez muito grande em relação às regras impostas à família, pois se a família não tiver disponibilidade financeira ou de tempo para participar de todas as atividades para as quais são convocados, as visitas não são autorizadas e o acolhido é desligado. Situações que

ocorrem com os acolhidos, que necessitam de deslocamento, são repassadas para os familiares via WhatsApp, que devem fazer um Pix para a gasolina. Caso contrário, **não efetuado o depósito, o atendimento médico ou outras demandas não são realizadas.**

Da mesma forma, **o acesso a meios de informação é estritamente controlado na CT.** Os acolhidos não têm acesso a rádio e, quando o tem, é um acesso intermediado por monitores, que escolhem o canal e o reproduzem para o coletivo na caixa de som. As pessoas internadas são proibidas de levar rádio para os quartos. O acesso à televisão só acontece em horários determinados e os residentes não escolhem o que assistir. Em diálogo com monitores, foi afirmado que **eles só estão autorizados a assistir à Rede Record**, uma rede ligada a grupos evangélicos⁵⁴, e que não podem assistir à Rede Globo.

Em relação a comunicações telefônicas, só podem ocorrer de 15 em 15 dias, o que está previsto no Regimento Interno. No diálogo com pessoas residentes e que trabalham na CT, foi afirmado que essas ligações duram cerca de 10 minutos e não há privacidade. É proibido o porte ou uso de celulares na unidade, mesmo por familiares, exceto os acolhidos que estão na RESSO.

1.10 Privação de liberdade

Durante a inspeção da comunidade terapêutica, foram identificados diversos problemas críticos relacionados à privação de liberdade dos acolhidos. Em primeiro lugar, destaca-se a falta de fiscalização por órgão responsável, o que permite que as operações da instituição ocorram sem a devida supervisão, facilitando potenciais abusos e violações de direitos. Além disso, foram observadas condições precárias, com ausência de cuidados médicos apropriados e casos de abusos físicos e psicológicos.

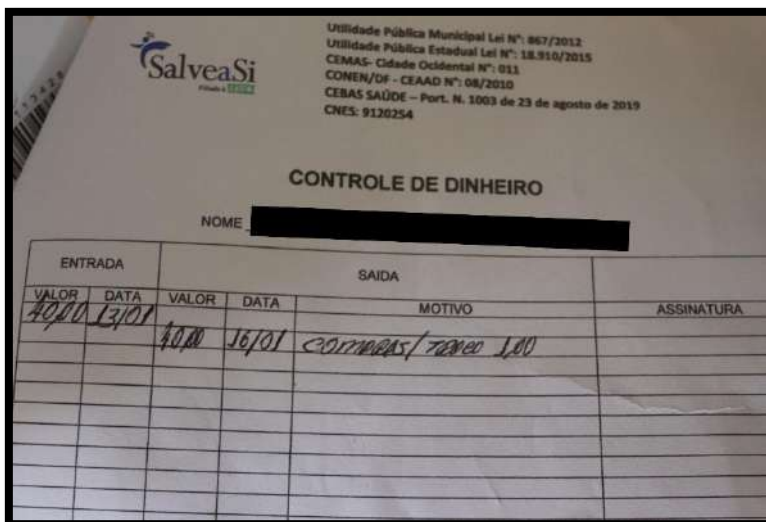
O cenário que se configura aqui é semelhante ao de outras instituições de privação de liberdade, com controle rígido de comunicação externa, a meios de informação e perda de guarda sobre bens pessoais, situação que fica ainda mais flagrante na gestão do recurso dos benefícios sociais de acolhidos pela instituição. Os residentes são acompanhados por monitores para fazer a retirada dos valores referentes à bolsa família, dinheiro que é então guardado pela instituição, já que às pessoas internadas é proibida a guarda de dinheiro dentro da CT. Durante a inspeção, o MNPCT encontrou diversos envelopes com os

⁵⁴ Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2024/02/26/religiosos-da-universal-alegam-ter-sido-obrigados-a-trabalhar-na-tv-record/>. Acesso em: 30 de julho de 2024.

valores referentes ao Bolsa Família, assim como de recibos referentes ao uso desses recursos pela instituição, para a compra de insumos básicos: pasta de dente, sabonete, shampoo, chocolate, dentre outros. Ou seja, **há uma apropriação pela instituição dos valores do Bolsa Família recebidos pelos acolhidos.**



Envelope com dinheiro sacado do Bolsa Família de acolhidos.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



SalveaSi

Utilidade Pública Municipal Lei N.º 067/2012
Utilidade Pública Estadual Lei N.º 18.910/2015
CEMAS - Cidade Ocidental N.º: 011
CONEN/DF - CEAAD N.º: 08/2010
CEBAS SAÚDE - Port. N. 1003 de 23 de agosto de 2019
CNPES: 9120254

CONTROLE DE DINHEIRO

NOME [REDACTED]

ENTRADA		SAIDA		MOTIVO	ASSINATURA
VALOR	DATA	VALOR	DATA		
40,00	13/01	40,00	16/01	compras / ração 1,00	

Registro do uso do dinheiro de acolhidos pela instituição para compras.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Recibos de compras feitas pela instituição com dinheiro de acolhidos.
 Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

De modo semelhante, nos chamou a atenção os termos de doação de celulares dos acolhidos para a unidade no momento de sua entrada, que por sua vez são repassados para outros acolhidos que estão na RESSO. Nesse sentido, apuramos que, **ao entrar na unidade, os acolhidos fazem um termo de doação de seus celulares pessoais para a unidade.** Em alguns casos, esses celulares são depois “doados” pela instituição aos voluntários da RESSO. Para além da doação de celulares, há também a doação de valores e outros bens dos acolhidos para a instituição, conforme ilustra a imagem abaixo.

Utilidade Pública Municipal Lei Nº: 867/2012
 Utilidade Pública Estadual Lei Nº: 18.916/2015
 CEMAS - Cidade Ocidental Nº: 011
 COMEN/OP - CRAAD Nº: 08/2010
 CEBAS SAÚDE - Part. N. 1003 de 23 de Agosto de 2019

FORMULÁRIO DE RECEBIMENTO DE DOAÇÃO

Pelo presente termo de doação.

Doador: [REDACTED]
 CPF: [REDACTED] RG: [REDACTED]
 Endereço: [REDACTED]
 CEP: [REDACTED] Telefone: [REDACTED]

Tipo de doação: () Vestuário () Alimentos () Material de limpeza () Material de construção
 () Material de escritório () Material informático (X) Outros

Valor R\$ 500,00

O DOADOR (A) transfere a ONG SALVE A SI, neste ato, título gratuito e espontâneo, a doação descrita abaixo para que essa possa ser utilizada em benefício da instituição, conforme achar necessário.

Segue abaixo a descrição da doação:
Doação em dinheiro para cobrir
uma mensalidade

ONG SALVE A SI - MATRIZ - MASCULINA
 Brasília (DF), 29 de Setembro de 2024

[REDACTED]
 Doador (A)

ONG SALVE A SI
 Centro de Tratamento para Dependência Química e Alcoolismo, Unidade masculina,
 CNPJ: 11.208.665/0001-90 Fomento Lages nº 9, Sane Rural - Cidade Ocidental GO,
 CEP: 72.860-000. Site: www.salveasisi.org.br E-mail: contato@salveasisi.org.br
 Fones: (61) 9 9624-3388 / (61) 9 9597-8784 / (61) 9 9624-4697

Utilidade Pública Municipal Lei Nº: 867/2012
 Utilidade Pública Estadual Lei Nº: 18.916/2015
 CEMAS - Cidade Ocidental Nº: 011
 COMEN/OP - CRAAD Nº: 08/2010
 CEBAS SAÚDE - Part. N. 1003 de 23 de Agosto de 2019

FORMULÁRIO DE RECEBIMENTO DE DOAÇÃO

Pelo presente termo de doação.

Doador: [REDACTED]
 CPF: [REDACTED] RG: [REDACTED]
 Endereço: [REDACTED]
 CEP: [REDACTED] Telefone: [REDACTED]

Tipo de doação: () Vestuário () Alimentos () Material de limpeza () Material de construção
 () Material de escritório () Material informático (X) Outros

Valor R\$ _____

O DOADOR (A) transfere a ONG SALVE A SI ou ONG SALVE A SI CASA DE MAGDALA, neste ato, título gratuito e espontâneo, a doação descrita abaixo para que essa possa ser utilizada em benefício da instituição, conforme achar necessário.

Segue abaixo a descrição da doação:
33 comprimidos de VRSILAX

ONG SALVE A SI
 Centro de Tratamento para Dependência Química e Alcoolismo,
 CNPJ: 11.208.665/0001-90 Fomento Lages nº 9, Sane Rural - Cidade Ocidental - GO,
 Site: www.salveasisi.org.br E-mail: contato@salveasisi.org.br
 Fones: (61) 9 9624-3388 / (61) 9 9597-8784 / (61) 9 9624-4697

Brasília (DF), 16 de 09 de 2022

[REDACTED]
 Doador (A)

RECIBO DO VALE TRANSPORTE

Utilidade Pública Municipal Lei Nº: 867/2012
 Utilidade Pública Estadual Lei Nº: 18.916/2015
 CEMAS - Cidade Ocidental Nº: 011
 COMEN/OP - CRAAD Nº: 08/2010
 CEBAS SAÚDE - Part. N. 1003 de 23 de Agosto de 2019

FORMULÁRIO DE RECEBIMENTO DE DOAÇÃO

Pelo presente termo de doação.

Doador: [REDACTED]
 CPF: [REDACTED] RG: [REDACTED]
 Endereço: [REDACTED]
 CEP: [REDACTED] Telefone: [REDACTED]

Tipo de doação: () Vestuário () Alimentos () Material de limpeza () Material de construção
 () Material de escritório () Material informático (X) Outros

Valor R\$ _____

O DOADOR (A) transfere a ONG SALVE A SI, neste ato, título gratuito e espontâneo, a doação descrita abaixo para que essa possa ser utilizada em benefício da instituição, conforme achar necessário.

Segue abaixo a descrição da doação:
Doação em dinheiro para cobrir
uma mensalidade

ONG SALVE A SI - MATRIZ - MASCULINA
 Brasília (DF), 19 de Setembro de 2024

[REDACTED]
 Doador (A)

ONG SALVE A SI
 Centro de Tratamento para Dependência Química e Alcoolismo, Unidade masculina,
 CNPJ: 11.208.665/0001-90 Fomento Lages nº 9, Sane Rural - Cidade Ocidental GO,
 CEP: 72.860-000. Site: www.salveasisi.org.br E-mail: contato@salveasisi.org.br
 Fones: (61) 9 9624-3388 / (61) 9 9597-8784 / (61) 9 9624-4697

Termos de doação à instituição de dinheiro, medicamentos e celular por acolhidos.
 Fonte: Acervo MNPCT.

Os acolhidos se mostraram vulneráveis às ordens e regras estabelecidas pela CT. Nas entrevistas e informações fornecidas, fica evidenciado que a manutenção e permanência na CT é obrigação imposta aos que ali são acolhidos, sendo essa situação tratada como submissão a tudo que é determinado, seja o trabalho, rotina, alimentação, atividades religiosas, contato com a família e permanência. Dentro das situações relatadas, **a privação de liberdade e impossibilidade de desligamento imediato são realizadas pela restrição física e psicológica.** Aqueles que fogem, são perseguidos pelos monitores e, se encontrados, são colocados no alojamento “detox”, sem possibilidade de sair, de contato com outros ou familiar, pelo prazo de 48 horas para efetivo desligamento. Durante a permanência no “detox”, os monitores realizam pressão psicológica para a permanência e a restrição física para vulnerabilizar aquele que não quer permanecer. **Foram observadas restrições severas à liberdade pessoal, com trancas e cadeados em portas e restrições a comportamentos, incluindo a proibição de comunicação externa, hábitos normais da sexualidade do indivíduo e imposição de práticas religiosas.**

A falta de alternativas para o tratamento e apoio a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas é um ponto de preocupação, já que as comunidades terapêuticas frequentemente são vistas como a única solução, desconsiderando abordagens que promovam mais autonomia e respeito aos direitos dos acolhidos. Por fim, a carência de profissionalismo, evidenciada pela insuficiência de treinamento especializado para lidar com saúde mental, contribui para a implementação de práticas terapêuticas inadequadas, vulnerabilizando os acolhidos. Esses fatores combinados levantam sérias dúvidas sobre a eficácia e a ética do modelo de tratamento oferecido por essa comunidade terapêutica.

Diante de todo o exposto nesse relatório, é possível afirmar que o MNPCT verificou diversas irregularidades e ilegalidades na operacionalização da Salve a Si, dentre os quais destacamos: insalubridade dos espaços de cozinha e de realização de refeições; PAS homogeneizados que não realizam a individualização do projeto terapêutico e não cumprem com os normativos legais; imposição de adesão à religiosidade preconizada na instituição; realização de procedimentos de saúde na SaS; guarda e estoque de medicamentos sem receita médica; administração de medicações psicotrópicas e outras medicações controladas por profissionais não habilitados e sem prescrição médica; acolhimento em regime de internação; regras disciplinares que caracterizam vigilância rígida e retirada de individualidade dos acolhidos e imposição arbitrária de castigos;

indícios da prática do crime de cárcere privado, por meio do isolamento de acolhidos no espaço do “detox” de modo a dificultar ou impedir sua saída; exploração da mão de obra de acolhidos com indícios de redução dos mesmos a condição análoga à escravidão; restrição de contato externo e de acesso a meios de comunicação; restrição do direito de ir e vir; apropriação de bens e recursos de pessoas acolhidas pela instituição; coação psicológica de acolhidos para induzir sua permanência e adesão ao programa da CT; descumprimento das leis e normas específicas voltadas às CTs; descumprimento integral da Lei 10.216/2001.

Diante dessas graves ilegalidades, o MNPCT recomenda aos órgãos de controle a determinação do imediato fechamento dessa unidade e de medidas para proteger o bem-estar dos acolhidos egressos do local e assegurar que recebam o suporte adequado para seu encaminhamento a equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial de seus territórios que priorizem o cuidado em liberdade e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

1.11 Recomendações

Ao Ministério do Desenvolvimento Social

1. Que observe as recomendações do Comitê Contra Tortura das Nações Unidas em suas Observações Finais ao segundo exame periódico do Estado brasileiro no sentido de rever a política de financiamento público de comunidades terapêuticas, priorizando políticas públicas de reintegração familiar e os serviços sociais e de saúde públicos e comunitários substitutivos à internação de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas;
2. Que revogue a Portaria 926/2023, substituindo-a por protocolos eficazes para a fiscalização regular *in loco* das comunidades terapêuticas que recebem financiamento público do Governo Federal por um corpo técnico isento e independente e em consonância com os protocolos internacionais de inspeção – a exemplo do Protocolo de Istambul – e com especial atenção a medidas de prevenção à revitimização de denunciantes;

Ao Ministério da Saúde

3. Que reveja a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, para retirar as comunidades terapêuticas do rol de instituições da Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório, já que não é um serviço de saúde e a inclusão de serviços exclusivamente privados e de cunho religioso na RAPS viola o princípio da laicidade do Estado, o princípio da isonomia e os princípios da saúde pública e universal;

À Agência Nacional de Vigilância Sanitária

4. Que aprimore as normativas referentes aos requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de Comunidades Terapêuticas, atualmente conformadas na RDC 29/2011, para estabelecer condições mais rigorosas para o funcionamento dessas instituições, a exemplo de: exigência de equipe multiprofissional composta de profissionais habilitados do campo da saúde mental; a exigência de profissionais habilitados para assumir a responsabilidade pelos medicamentos e sua administração, em conformidade com a Lei nº 7.498/1986 e demais normativas pertinentes; a vedação do uso exclusivo da mão de obra de acolhidos e voluntários para a manutenção da instituição; criação de um protocolo de fiscalização dessas instituições;

À Secretaria de Inspeção do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego

5. Que realize fiscalização do trabalho na Comunidade Terapêutica Salve a Si - Instituto Eu Sou para averiguar indícios de irregularidades trabalhistas, de violações às regras de saúde e segurança no trabalho e de exploração da mão de obra de pessoas acolhidas em condição análoga à escravidão;

Ao Conselho Nacional de Política sobre Drogas

6. Que vede, em Resolução, a participação de entidades representativas de comunidades terapêuticas e que administram instituições de internação para pessoas usuárias de drogas no Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD), devido à caracterização de conflito de interesses e à violação do princípio da impessoalidade na administração pública;
7. Que vede, em Resolução, que entidades que tenham assento CONAD concorram, de maneira concomitante, a recursos do Fundo Nacional Antidrogas, devido à



caracterização de conflito de interesses e à violação do princípio da impessoalidade na administração pública;

Ao Governo do Distrito Federal

8. Que observe as recomendações do Comitê Contra Tortura das Nações Unidas em suas Observações Finais ao segundo exame periódico do Estado brasileiro para revisão da política de financiamento público de comunidades terapêuticas, priorizando políticas de reintegração familiar e os serviços sociais e de saúde públicos e comunitários como alternativa à internação de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas;
9. Que implemente protocolos eficazes para a fiscalização regular *in loco* das comunidades terapêuticas que recebem financiamento público do GDF por um corpo técnico isento e independente e em consonância com os protocolos internacionais de inspeção – a exemplo do Protocolo de Istambul – e com especial atenção a medidas de prevenção à revitimização;

À Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal

10. Que observe as recomendações do Comitê Contra Tortura das Nações Unidas em suas Observações Finais ao segundo exame periódico do Estado brasileiro para revisão da política de financiamento público de comunidades terapêuticas, priorizando políticas de reintegração familiar e os serviços sociais e de saúde públicos e comunitários como alternativa à internação de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas;
11. Que implemente protocolos eficazes para a fiscalização regular *in loco* das comunidades terapêuticas que recebem financiamento público do GDF por um corpo técnico isento e independente e em consonância com os protocolos internacionais de inspeção – a exemplo do Protocolo de Istambul – e com especial atenção a medidas de prevenção à revitimização;

Ao Conselho de Política sobre Drogas do Distrito Federal (CONEN)

12. Que vede, por resolução, a participação de entidades representativas de comunidades terapêuticas e/ou que administram instituições de internação para pessoas usuárias de drogas no Conselho de Política sobre Drogas do Distrito Federal



devido à caracterização de conflito de interesses e à violação do princípio da impessoalidade na administração pública;

13. Que vede, em Resolução, que entidades que tenham assento CONEN concorram, de maneira concomitante, a recursos do Fundo Antidrogas do DF, devido à caracterização de conflito de interesses e à violação do princípio da impessoalidade na administração pública;

Ao Ministério Público de Goiás

14. Que tome as medidas necessárias para apurar - e eventualmente responsabilizar os agentes envolvidos com - os indícios de violações de direitos, de ilegalidades e de crimes na Comunidade Terapêutica Salve a Si - Instituto Eu Sou constatadas pelo MNPCT, dentre as quais: descumprimento da Lei 11.840/2019 em relação à elaboração dos Planos Individuais de Atendimento e acolhimento em regime de internação; guarda e estoque de medicamentos sem receita médica; administração de medicações psicotrópicas e outras medicações controladas por profissionais não habilitados e sem prescrição médica; indícios da prática do crime de cárcere privado, com restrição de contato externo e de acesso a meios de comunicação e do direito de ir e vir; apropriação de bens e recursos de pessoas acolhidas pela instituição; coação psicológica de acolhidos para induzir sua permanência e adesão ao programa da CT;
15. Que tome as medidas necessárias para determinar o imediato fechamento Comunidade Terapêutica Salve a Si - Instituto Eu Sou, diante dos graves indícios de violações de direitos, de ilegalidades e de crimes praticados no estabelecimento, e para proteger a integridade física e mental dos acolhidos egressos do local e assegurar que recebam o suporte adequado para seu encaminhamento a equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial de seus territórios que priorizem o cuidado em liberdade e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;

Ao Ministério Público do Trabalho da 18ª Região

16. Que tome as medidas necessárias para apurar - e eventualmente responsabilizar os agentes envolvidos com - os indícios de irregularidades trabalhistas, de violações às regras de saúde e segurança no trabalho e de exploração da mão de obra de pessoas



acolhidas em condição análoga à escravidão na Comunidade Terapêutica Salve a Si - Instituto Eu Sou;

À Vigilância Sanitária do município Cidade Ocidental/GO

17. Que realize fiscalização na Comunidade Terapêutica Salve a Si - Instituto Eu Sou à luz da Nota Técnica n.º 3/2024/SEI/CSIPS/GGTES/DIRE3/ANVISA para averiguar indícios de violação da RDC 29/2011 e de realização de procedimentos e terapêuticas que podem caracterizá-la enquanto serviço de saúde sem que haja observância das normativas aplicáveis a estabelecimentos de saúde;
18. Que realize fiscalização na Comunidade Terapêutica Salve a Si - Instituto Eu Sou para apurar violações à RDC 216/2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação;
19. Que realize fiscalização na Comunidade Terapêutica Salve a Si - Instituto Eu Sou para atestar a potabilidade da água utilizada para consumo e para a manipulação de alimentos.

À Secretaria de Assistência Social e Cidadania do município Cidade Ocidental/GO

20. Que apure possíveis ilegalidades ou irregularidades na conduta da coordenadora do CREAS, especialmente no que diz respeito ao aparente de conflito de interesses na sua atuação junto à Comunidade Terapêutica Salve a Si – Instituto Eu Sou;

À Secretaria de Saúde do município Cidade Ocidental/GO

21. Que apure possíveis ilegalidades ou irregularidades na conduta de médicos da UBS, especialmente no que diz respeito às orientações para realização de diagnóstico e administração de medicamentos, inclusive de uso controlado, por pessoas não habilitadas na Comunidade Terapêutica Salve a Si – Instituto Eu Sou, em aparente violação aos regramentos nacionais que disciplinam o exercício de profissionais de saúde.

2. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO VICENTE DE PAULO

2.1 Contexto da unidade

A inspeção no Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (HSVP) ocorreu no dia 06 de março de 2024. A equipe de inspeção foi composta por integrantes do MNPCT e convidados especialistas, representantes do Conselho Regional de Psicologia do DF (CRP-DF), do Grupo Saúde Mental e Militância no DF (UnB) e da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, da Câmara dos Deputados. A equipe chegou no local em torno de 6h30 e a inspeção foi concluída por volta de 18h30.

Inicialmente, a equipe foi recebida pela enfermeira chefe do plantão, para quem foram apresentados os participantes da inspeção e as prerrogativas legais do órgão. Posteriormente, quando os profissionais da direção da unidade chegaram, a equipe foi até sua sala para fazer a apresentação institucional do órgão e das atividades que seriam desenvolvidas ao longo do dia. Após esse momento inicial de apresentação, a equipe se dividiu para dialogar, em um primeiro momento, com os usuários que se encontravam internados na unidade e, em seguida, com os profissionais das diferentes áreas que trabalham na unidade. Em relação à documentação solicitada, algumas foram entregues no dia da inspeção e o restante foi enviado em formato digital posteriormente.

A unidade fica localizada na QSC 01, Área Especial 05/06, Taguatinga, Brasília - DF. Como se pode ver abaixo, o Hospital ocupa uma área extensa no centro urbano de Taguatinga.



Imagem de satélite do HSVP.
Fonte: *Google maps*.

O HSVP foi inaugurado em 1976 enquanto instituição psiquiátrica, denominado, à época, de Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP). As suas instalações foram herdadas do Hospital (Geral) São Vicente de Paulo, que foi desativado após a inauguração do Hospital Regional de Taguatinga, em 1974. Em 1987, o HPAP foi renomeado São Vicente de Paulo⁵⁵.

Em 1995, foi promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica do DF (Lei n.º 975, de 12 de dezembro de 1995) que fixa as diretrizes para atenção à saúde mental no Distrito Federal. A legislação é um marco importante no sentido da superação de modelos assistenciais manicomial no DF, especialmente pela redação de seu Art. 3º:

Art. 3º A assistência ao usuário dos serviços de saúde mental será orientada no sentido de uma redução progressiva da utilização de leitos psiquiátricos em clínicas e hospitais especializados, mediante o redirecionamento de recursos, para concomitante desenvolvimento de outras modalidades médico-assistenciais, garantindo-se os princípios de integralidade, descentralização e participação comunitária.

§ 1º Para efeito do disposto neste artigo, são consideradas modalidades médico-assistenciais, entre outras:

- I - atendimento ambulatorial;
- II - emergência psiquiátrica em pronto socorro geral;
- III - leitos psiquiátricos em hospital geral;
- IV - hospital-dia;
- V - hospital-noite;
- VI - núcleos e centros de atenção psicossocial;
- VII - centro de convivência;
- VIII - atelier terapêutico;

⁵⁵ “Por que o Hospital São Vicente de Paulo ainda existe?”. Disponível em: [https://www.brasildefatodf.com.br/2023/07/01/por-que-o-hospital-sao-vicente-de-paulo-ainda-existe#:~:text=O%20Hospital%20S%C3%A3o%20Vicente%20de%20Paulo%20\(HSVP\)%20foi%20inaugurado%20como,18%20de%20maio%20de%20201976](https://www.brasildefatodf.com.br/2023/07/01/por-que-o-hospital-sao-vicente-de-paulo-ainda-existe#:~:text=O%20Hospital%20S%C3%A3o%20Vicente%20de%20Paulo%20(HSVP)%20foi%20inaugurado%20como,18%20de%20maio%20de%20201976). Acesso em: 23 de abril de 2024.



IX - oficina protegida;

X - pensão protegida;

XI - lares abrigados.

§ 2º **Os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializados deverão ser extintos num prazo de 4 (quatro) anos a contar da publicação desta Lei.**

Art. 4º Ficam proibidas, no Distrito Federal, a concessão de autorização para a construção ou funcionamento de novos hospitais e clínicas psiquiátricas especializados e a ampliação da contratação de leitos hospitalares nos já existentes, por parte da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

[...]

Art. 7º A Secretaria de Saúde do Distrito Federal apresentará ao Conselho de Saúde do Distrito Federal, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, a contar da data da publicação desta Lei, o Plano de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal e o Cronograma de Implantação, com a observância desta Lei.

Contudo, quase 30 anos depois da promulgação da Lei distrital, o HSVP segue em funcionamento, em violação da previsão do Art. 3º, § 2º. De modo paralelo, a constituição da RAPS no DF não foi consolidada de maneira adequada e segue muito aquém do necessário para a garantia de assistência integral.

De acordo com informações da Secretaria de Saúde do DF (SES-DF), a Rede de Saúde Mental no DF possui 18 CAPS em funcionamento, dos quais quatro não estão habilitados junto ao Ministério da Saúde. Eles estão distribuídos por 13 das 35 Regiões Administrativas do DF, o que significa que **apenas 37% das RAs do DF têm cobertura de CAPS** e apenas três RAs têm mais de um tipo de CAPS⁵⁶. Também chama atenção a existência de um único CAPS (geral) tipo III e somente três CAPS AD III, considerando sua importância na promoção de serviços substitutivos à internação no âmbito da RAPS.

⁵⁶ Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/carta-caps>. Acesso em: 23 de abril de 2024.

Quadro 02. CAPS em Funcionamento no Distrito Federal

Região de Saúde	Região Administrativa	Centro de Atenção Psicossocial	Situação
Norte	RA IV Planaltina	CAPS II Planaltina	Em funcionamento
	RA XXVI Sobradinho II	CAPS AD II Sobradinho	Habilitado
	RA V Sobradinho	CAPS I Sobradinho	Habilitado
Sul	RA XIII Santa Maria	CAPS AD II Santa Maria	Habilitado
Leste	RA VII Paranoá	CAPS II Paranoá	Habilitado
	RA XXVIII Itapoã	CAPS AD II Itapoã	Habilitado
Oeste	RA IX Ceilândia	CAPS AD III Ceilândia	Habilitado
	RA IV Brazlândia	CAPS I Brazlândia	Em funcionamento
Sudoeste	RA XV Recanto das Emas	CAPS I Recanto das Emas	Em funcionamento
	RA XII Samambaia	CAPS III Samambaia	Habilitado
		CAPS AD III Samambaia	Habilitado
	RA III Taguatinga	CAPS II Taguatinga	Habilitado
CAPS I Taguatinga		Habilitado	
Central	RA I Brasília - Asa Norte	CAPS II Brasília	Em funcionamento
		CAPS I Brasília	Habilitado
		CAPS AD III Brasília	Habilitado
Centro-Sul	RA X Guará	CAPS AD II Guará	Habilitado
	RA XVII Riacho Fundo	CAPS II Riacho Fundo	Habilitado

Fonte: DISTRITO FEDERAL, 2022.

Fonte: Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2020 - 2023.⁵⁷

Conforme Manual de Assistência dos Centros de Atenção Psicossocial da SES/DF⁵⁸, os atendimentos ofertados no Distrito Federal são distribuídos da seguinte maneira:

CAPS	Público-alvo	Horário de Funcionamento
CAPS I	Todas as faixas etárias	7h às 18h, segunda a sexta-feira (possível até às 22h em casos específicos)
CAPS II	A partir de 18 anos	7h às 18h, segunda a sexta-feira

⁵⁷

Disponível

em:

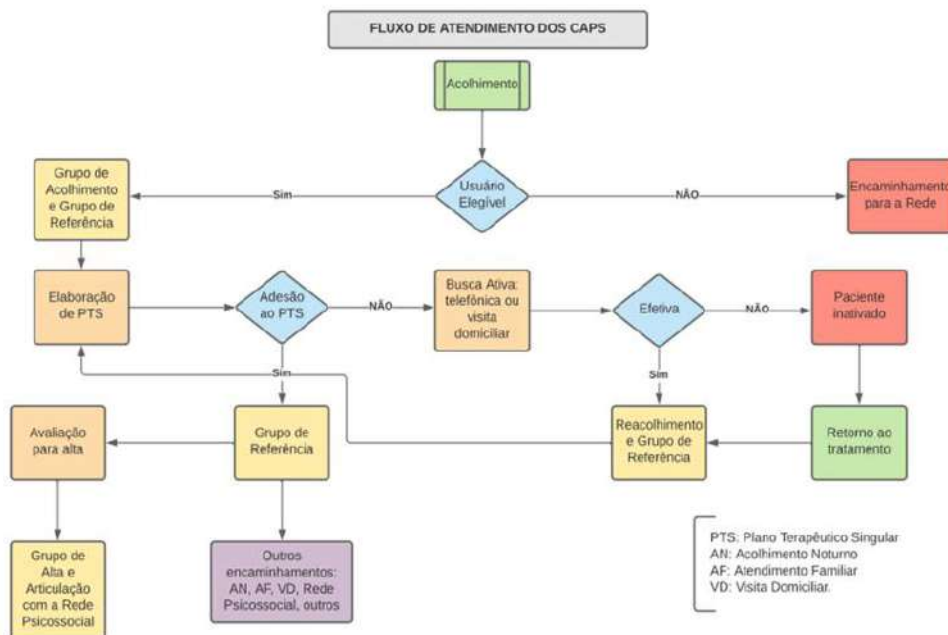
https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/PDSM_2020_2023.pdf/153f5dd8-c54b-3711-680c-28a0cb23dd01?t=1648938776840. Acesso em: 16 de julho de 2024.

⁵⁸ Manual de Assistência dos Centros de Atenção Psicossocial da SES/DF. Brasília, 2023. pg 22. Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Manual+de+Assistência+dos+Centros+de+Atenção+Psicossocial+da+SESDF.pdf/47afdd87-af44-6bff-6912-51a38c60e6fa?t=1710181964189>. Acesso em: 15 de julho 2024.

CAPS III	A partir de 18 anos	24 horas, incluindo feriados e finais de semana
CAPS AD II	A partir de 16 anos, uso problemático de substâncias psicoativas	7h às 18h, segunda a sexta-feira
CAPS AD III	A partir de 16 anos, uso problemático de álcool e outras drogas	24 horas, incluindo feriados e finais de semana
CAPS i II	Até 17 anos, 11 meses, 29 dias; uso problemático de substâncias psicoativas até 15 anos, 11 meses e 29 dias	7h às 18h, segunda a sexta-feira, possibilidade de atendimento até 22h em casos específicos

Em relação aos fluxos de atendimentos nesses CAPS, segundo o Manual da SES/DF, segue o fluxograma abaixo⁵⁹:



Fonte: SES/DF, 2023.⁶⁰

⁵⁹ O fluxo se inicia com o acesso do usuário através do Acolhimento Inicial, podendo ocorrer de forma espontânea ou por encaminhamento de outros serviços. Após a triagem, se o usuário for elegível, ele é encaminhado para o Grupo de Boas-Vindas e o Grupo de Referência, onde será elaborado seu Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este projeto, desenvolvido com a equipe multidisciplinar, o usuário e sua família, inclui metas terapêuticas revisadas periodicamente. Em caso de não adesão ao PTS, é realizada busca ativa. A alta é avaliada conforme critérios específicos e inclui a participação em um Grupo de Alta para assegurar a continuidade do cuidado. O usuário pode retomar o tratamento a qualquer momento via recolhimento. (Manual de Assistência dos Centros de Atenção Psicossocial da SES/DF. Brasília – 23)

⁶⁰ Manual de Assistência dos Centros de Atenção Psicossocial da SES/DF. Brasília – 23, p. 46.



Em reunião com a SES-DF, após a inspeção, foi informado que há dois CAPS em construção, um CAPS AD no Gama e um infanto-juvenil, em Recanto das Emas. Além disso, relatou-se que a proposta para mais três CAPS foi selecionada no âmbito do PAC Saúde, do Ministério da Saúde.

A atenção Ambulatorial Secundária (policlínicas e ambulatórios especializados em Saúde Mental), tem os seguintes serviços como referências:

- a. Adolescentro;
- b. Centro de Orientação Médico Psicopedagógica (COMPP);
- c. Ambulatórios especializados do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF);
- d. Ambulatórios com Linha de Cuidado em Saúde Mental.

O COMPP e o ADOLESCENTRO são ambulatórios especializados em saúde mental infanto-juvenil que atende todo o DF. O primeiro atende usuários de até 11 anos incompletos, enquanto o segundo, usuários de 12 anos até 17 anos incompletos. É público-alvo das unidades os usuários com transtornos mentais moderados ou em uso eventual de substâncias psicoativas. Os critérios para encaminhamento a estes serviços estão descritos na Nota Técnica nº 1/2018 da Diretoria de Serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (DISSAM/SESDF)⁶¹. Nos ambulatórios dos Hospitais Gerais e nas Policlínicas, realizam-se atendimentos especializados em psiquiatria e/ou psicologia para a população de diferentes faixas etárias, mediante encaminhamento.

Em relação à atenção hospitalar, a Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base e o Hospital São Vicente de Paulo são os dois dispositivos hospitalares de referência no atendimento em saúde mental de adolescentes e adultos. Os leitos em saúde mental no DF estão distribuídos da seguinte forma⁶²:

LEITOS DE SAÚDE MENTAL E DE PSIQUIATRIA NOS HOSPITAIS GERAIS DO DISTRITO FEDERAL	
Hospital	Quantidade por tipo de leito

⁶¹ Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/64120/Nota+técnica++Critérios+para+encaminhamento+de+Crianças+e+Adolescentes+para+os+Serviços+de+Saúde+Mental+Infanto-Juvenil+da+Atenção+Secundária.pdf>. Acesso em: 23 de abril de 2024.

⁶² Disponível em: https://saude.df.gov.br/documents/37101/183291/PDSM_2020_2023.pdf/153f5dd8-c54b-3711-680c-28a0cb23dd01?t=1648938776840#:~:text=O%20Plano%20expressa%2C%20portanto%2C%20a,para%20o%20período%202020-2023. Acesso em: 23 de abril de 2024.

		Clínico Saúde Mental	Psiquiatria
1	Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB	10	-
2	Hospital Regional da Ceilândia - HRC	3	-
3	Hospital Regional do Gama - HRG	8	-
4	Hospital da Região Leste - HRL	3	-
5	Hospital Regional de Santa Maria - HRSM	6	-
6	Regional de Sobradinho - HRS	10	-
7	Hospital Regional do Guará - HRGu	5	-
8	Hospital de Base do DF - IHBDF	-	36
9	Hospital São Vicente de Paulo - HSVP	-	83
10	Hospital da Criança de Brasília - HCB	-	2
11	Hospital Universitário de Brasília - HUB	-	10
12	TOTAL	45	131

Fonte: Manual de Assistência dos Centros de Atenção Psicossocial da SES/DF, 2023, p. 61.

As indicações para internação e os critérios para direcionamento a um ou outro serviço estão descritos na Nota Técnica n.º 1/2022 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM⁶³. A principal distinção entre os critérios de encaminhamento para o HSVP e o Hospital de Base é que o primeiro não é indicado para quem apresenta particularidades clínicas, compreendidas como:

[...] presença de doença clínica/cirúrgica concomitante ao transtorno mental, podendo ser uma doença clínica descompensada ou quadro com indicação cirúrgica, ou uma doença clínica/cirúrgica de difícil manejo por equipe não especializada. Incluem-se também doenças clínicas/cirúrgicas de manejo invasivo ou com uso de dispositivos externos. (Nota Técnica N.º 1/2022 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, p. 2).

Ou seja, em termos de assistência à saúde, a cobertura dada pelo Hospital Geral é mais ampla que aquela oferecida pela HSVP.

⁶³ Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Nota+Técnica_SEI_GDF+-+85726544+-+Critérios+de+Regulação+para+internação+por+transtornos+mentais+e+comportamentais+na+Rede+SES-DF.pdf/498ef15a-7215-7378-b92a-35d7d5697695?t=1652268253769. Acesso em: 23 de abril de 2024.

2.2 Estrutura

O HSVP possui ampla estrutura, composta de diferentes edificações prediais espalhadas pelo terreno. A entrada do hospital possui placa com indicações dos principais espaços.



Entrada do Hospital São Vicente de Paulo.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Vale mencionar que o hospital passou por uma reforma estrutural entre 2019 e 2023, com um investimento de cerca de aproximadamente R\$3,6 milhões. Segundo divulgado pelo GDF em reportagem de 2023:

Nos últimos quatro anos, o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) passou por intervenções significativas que estão transformando a instituição em um local mais moderno e acolhedor aos pacientes. Especializada em saúde mental, a unidade recebeu melhorias na parte elétrica, estrutural e hidráulica, resultando em uma infraestrutura segura e funcional⁶⁴.

Alguns dos problemas estruturais constatados pelo MNPCT na inspeção de 2018 foram solucionados pela reforma, como as camas velhas e enferrujadas, irregularidades do sistema elétrico, espaços com paredes sujas e descascando, a ausência de portas nos banheiros. Outros problemas ainda carecem de adequação às diretrizes da RDC 50 da ANVISA, principalmente no que diz respeito à acessibilidade, como veremos abaixo.

⁶⁴ Disponível em: <https://agenciabrasilia.df.gov.br/2023/11/08/hospital-sao-vicente-de-paulo-transforma-espacos-para-humanizar-atendimento/>. Acesso em: 16 de maio de 2024.



Fotos da inspeção do HSVP realizada em 2018.⁶⁵
Fonte: Acervo MNPCT, 2018.

Do ponto de vista de criar um ambiente mais acolhedor, não foram observadas mudanças significativas. Nesse sentido, há limites intrínsecos ao ambiente hospitalar no que diz respeito à garantia de espaços personalizados e que garantem privacidade, até porque, em regra, os hospitais não são espaços de moradia, destinam-se a internações rápidas em momentos de crise. Ou seja, há uma incompatibilidade estrutural entre a instituição hospitalar e a proposta de um acolhimento prolongado que garanta plenamente os direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Ao adentrar o terreno, seguindo reto, acessa-se o principal prédio do hospital, que tem formato retangular. O acesso ao prédio ocorre pela entrada do Pronto Socorro do Hospital, onde há uma portaria:

⁶⁵ Disponível em: <https://mnpctbrasil.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/09/missohspvdf.pdf>. Acesso em: 21 de março de 2024.



Entrada do Pronto Socorro do HSVP.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Ao passar a portaria, o prédio se divide em dois espaços distintos: à direita, há o Pronto Socorro (P.S.), com 41 leitos, separados por sexo, destinados a pacientes ingressantes no hospital e, portanto, em observação de crise; e, à esquerda, a enfermaria, com 42 leitos, sendo uma ala feminina e outra masculina, destinada a pessoas que ficarão por mais tempo internadas. Em ambos os espaços há um posto de enfermagem central entre as alas feminina e masculina. No dia da inspeção, a lotação total da unidade era de 67 pessoas.

Apesar de essas serem, oficialmente, as funções atribuídas a cada espaço, na prática, há menos clareza em relação a seu papel. Nesse sentido, a equipe encontrou no P.S., por exemplo, pessoas que estavam internadas no hospital há anos: uma usuária com quem dialogamos no P.S. afirmou estar há 5 anos no HSVP, outro relatou estar internado desde 2008. No diálogo com profissionais e usuários/as, tampouco havia total nitidez em relação à função de cada espaço e ao perfil dos usuários, sendo que, em alguns momentos, referiu-se que o P.S. atenderia não somente aqueles que haviam chegado recentemente “em crise”, mas também usuários/as classificados como de manejo mais “difícil”, que demandariam maior atenção.

A prática de manter determinados/as usuários/as no P.S., mesmo após o período de crise, parece estar diretamente associada ao fato de a Unidade de Procedimento Especial – UPE estar localizada nesse espaço. A UPE, conforme será aprofundado no tópico 3.6, é o local onde se realiza as contenções mecânicas de pacientes. Foi possível constatar

durante a inspeção e no confronto com os documentos fornecidos pelo hospital que alguns dos/as usuários/as que são mantidos por longos períodos no P.S. correspondem àqueles/as que estão sujeitos à prática da contenção mecânica com maior recorrência. A sua permanência ali, nesse sentido, facilita o transporte até a UPE e acaba por favorecer um ciclo de reiteração de contenções mecânicas para algumas pessoas internadas.

A falta de clareza em relação à função de cada espaço do hospital também havia sido constatada na inspeção realizada em 2018, mas diferentemente daquela oportunidade, nessa inspeção não nos foi apresentado nenhum local denominado “pronto socorro dia”:

Ressalta-se que não é de fácil compreensão entender qual o papel de cada um dos três locais de internação (pronto socorro, enfermaria e o pronto socorro dia), não somente para a equipe de inspeção do Mecanismo Nacional, mas, também, para os trabalhadores da instituição. Ao questionar diferentes profissionais sobre a divisão dos setores da instituição, cada um apresentou uma versão diferente. (Relatório de Inspeção do HSVP, 2018)⁶⁶.

Ao adentrar no espaço do pronto socorro, um corredor dá acesso aos quartos da ala masculina, à direita, e à UPE e quartos da ala feminina, à esquerda. Ao final do corredor há o refeitório dos/as usuários/as. Não há portas entre o corredor e os quartos. A estrutura da enfermaria é semelhante, só que invertida, com exceção do espaço da UPE, que só existe no P.S. As passagens entre as alas femininas e masculinas são trancadas. Todas as portas nesses espaços têm estrutura metálica e sólida, produzindo uma sensação de trancafiamento dos ambientes.

⁶⁶ Disponível em: <https://mnpctbrasil.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/09/missohspvdf.pdf>. Acesso em: 21 de março de 2024.



Entrada na enfermaria feminina.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Os corredores possuem aberturas laterais que permitem visualizar o espaço reservado às equipes técnicas, equipado com cadeiras, bancadas, computadores e armários. Essas aberturas são protegidas com vidro e grade.



Espaço da enfermagem.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Os quartos são coletivos, com camas de estrutura metálica e colchão revestido. Alguns usuários haviam retirado o colchão da cama e os colocado no chão para dormir. Não há, nos quartos, armários de uso pessoal para os/as usuários/as. São ambientes que se conformam a espaços hospitalares, ascéticos e impessoais, sem qualquer possibilidade de manutenção da privacidade. Os quartos têm uma porta que dá acesso ao espaço externo do P.S., cuja abertura fica a cargo dos funcionários do hospital, mas não há janelas que permitam a entrada de luminosidade natural. Dessa forma, **os usuários não têm autonomia para circular entre a parte externa e interna**, pois dependem que esse acesso seja franqueado. A estrutura dos quartos e banheiros na enfermaria é idêntica.



Quarto coletivo do P.S.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Pessoa internada dormindo em colchão no chão.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Quarto coletivo da enfermaria.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Cada quarto, logo na entrada, tem um banheiro com estrutura bastante simples, com uma instalação sanitária sem assento e sem tampa, pia e chuveiro elétrico, com temperatura regulável. Os banheiros têm portas que abrem para dentro e não para fora, em oposição ao recomendado pela RDC 50 da ANVISA. De maneira semelhante ao constatado em 2018, observamos que os banheiros não possuíam barra de apoio horizontal, também contrariando as diretrizes expressas da RDC 50. No dia da inspeção, os ambientes estavam limpos, diferente do que foi constatado em 2018. Contudo, em

diálogo com usuários, alguns reportaram haver muitas baratas nas acomodações e que o banheiro e o vaso sanitário não são lavados adequadamente.



Banheiro do quarto da enfermaria.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Banheiro do quarto da enfermaria.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Porta do banheiro do quarto da enfermaria.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

A UPE é um espaço equipado com leitos hospitalares e dá acesso ao local destinado à equipe de enfermagem. Como mencionado, é o local usado para fazer as contenções mecânicas de usuários. No momento que chegamos à unidade, não havia nenhuma pessoa contida, mas, como será abordado no item 3.6, ao longo da inspeção a equipe presenciou procedimentos de contenção serem realizados.



Unidade de Procedimento Especial.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Unidade de Procedimento Especial.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Os refeitórios dos/as usuários possuem mesas coletivas com cadeiras de plástico e um lavabo. Há uma divisória com um balcão, atrás do qual ficam os funcionários na hora de servir as refeições. Em cima do balcão, ficam dispostas bandejas com copos com água.



Refeitório de usuários do P.S.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Balcão onde usuários pegam as refeições e água no refeitório de usuários do P.S.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Atrás do refeitório, havia alguns espaços reservados aos funcionários, com armários e gaveteiros com materiais de assistência material - cobertores, uniformes, absorventes etc. - e de enfermagem, tais como luva, máscara e jaleco. Apesar de esses móveis estarem destrancados, não havia nenhuma medicação exposta ali.



Armário com uniformes e roupa de cama e banho.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Armário com EPIs.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Armário com itens de assistência material.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Situado atrás da portaria central do prédio, fica o refeitório dos funcionários, equipado com mesas, cadeiras, buffet onde são colocados os *rechauds* durante as refeições, geladeira, lavabo e bancada com suporte para refresco e copos. O refeitório possui portas ao fundo que dão acesso à área externa.



Refeitório dos funcionários.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Refeitório dos funcionários.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Como já foi mencionado, tanto o P.S. quanto a enfermaria têm um amplo espaço externo, espaço do qual os usuários só desfrutam quando lhes é franqueado o acesso. A parte externa é toda cercada com grades altas ou muros de cimento. Há também grades dividindo o ambiente externo, não havendo trânsito livre entre os diferentes espaços. Apesar de serem locais com potencial interessante, pela sua amplitude, além de os usuários nem sempre terem garantida a circulação ali, não contam com equipamentos de lazer/recreação acessíveis aos usuários.

No dia da inspeção, por volta de 10h, todas as portas que davam acesso à parte externa foram abertas, inclusive as portas de grade que dividem esse espaço, permitindo que mulheres e homens pudessem interagir e utilizar a área gramada. Mas, no diálogo com profissionais e usuários/as, percebemos que essa não era a rotina da unidade. Nesse momento, um dos usuários pediu a máquina fotográfica de uma das peritas da equipe para fazer registros, que então lhe cedeu o aparelho.



Usuário/a deitado na área externa da enfermaria.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Área externa da enfermaria.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Registro feito por usuário na área externa do P.S.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Registro feito por usuário na área externa do P.S.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Registro feito por usuário na área externa do P.S.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Registro feito por usuário na área externa do P.S.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Há, próximo à parte externa à enfermaria, um espaço com aparelhos de ginástica. Contudo, usuários/as se queixaram de não ser permitido o aproveitamento do local sem que algum funcionário/a acompanhe e de não ser oportunizado esse acesso ou instrutores para uso dos aparelhos, os quais teriam muito interesse em utilizar.



Aparelhos de ginástica na parte externa à enfermaria.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Saindo do edifício onde se situam o P.S. e a enfermaria, há outros prédios no terreno, dentre os quais: o ambulatório, o galpão terapêutico e a área administrativa. O ambulatório é destinado ao público externo que é encaminhado para consultas

especializadas, contando com várias salas individuais de atendimento. O ambulatório é dividido em subespecialidades, uma das quais é voltada para o atendimento a egressos do HSVP⁶⁷.



Entrada do ambulatório.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Interior do ambulatório.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

⁶⁷ As outras subespecialidades do ambulatório são: Ambulatório de Psicogeriatria; Ambulatório de Neurolépticos de Ação Prolongada; Ambulatório Psicologia; Ambulatório de Transtorno de humor afetivo; e Ambulatório de Déficit Cognitivo.

O Galpão Terapêutico, como o próprio nome indica, é um galpão amplo destinado a atividades terapêuticas, recreativas e pedagógicas, que são desenvolvidas pelo Núcleo de Atividades Terapêuticas (NUAT).



Galpão terapêutico.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

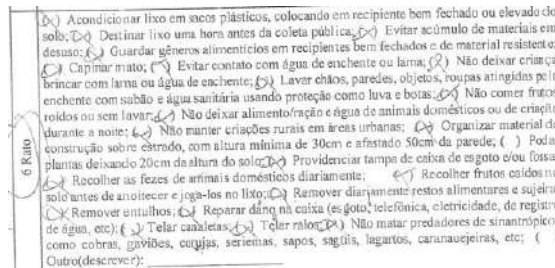


Galpão terapêutico.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

A equipe solicitou ao hospital que fornecesse ao MNPCT o Alvará de vistoria sanitária e do corpo de bombeiros. Em relação ao primeiro, foi entregue cópia do laudo de inspeção do Núcleo Regional de Vigilância Ambiental de Taguatinga (NUVAL TAG),



realizada em 09/11/2023. Na ficha, foram recomendadas medidas preventivas e corretivas principalmente em relação a ratos:



Laudo de inspeção do Núcleo Regional de Vigilância Ambiental de Taguatinga.
Fonte: HSVP.

Contudo, não foi fornecido o Alvará do Corpo de Bombeiros. O hospital também não conta com um plano de prevenção e combate contra incêndio, contrariando a RDC 50/ANVISA.

2.3 Recursos humanos e perfil do público atendido

De acordo com o regimento interno da SES-DF - Decreto 39.546/2018⁶⁸ - o HSVP constitui uma unidade orgânica de direção diretamente subordinada ao Secretário de Saúde. O hospital possui duas diretorias e 22 núcleos especializados, além de ouvidoria, cujas competências estão descritas no Decreto.

A maior parte dos funcionários do HSVP são servidores concursados, que somam um total de 329 trabalhadores, divididos conforme tabela abaixo:

Especialidade	Carga horária 40h	Carga horária 20h	Total
Administrador	5	1	6
Analista em Gestão e Assistência Pública em Saúde (GAPS)	50	5	55
Analista em políticas públicas e gestão governamental	1	0	1
Assistente GAPS técnico em nutrição	6	1	7
Assistente social	5	0	5

68

Direção e Assessoramento Superior	1	0	1
Enfermeiro	22	8	30
Enfermeiro da família e comunidade	1	0	1
Enfermeiro obstetra	1	0	1
Farmacêutico	10	4	14
Fisioterapeuta	2	1	3
Médico clínico	1	2	3
Médico do trabalho	0	1	1
Psiquiatra	10	10	20
Médico de emergência	1	4	5
Nutricionista	3	2	5
Psicólogo	4	2	6
PASUS ⁶⁹	1	0	1
Técnico de enfermagem	100	33	133
Técnico GAPS	24	1	25
Técnico em políticas públicas e gestão governamental	1	0	1
Terapeuta ocupacional	2	1	3
TOTAL	—	—	328

Pode-se observar que a maior parte dos servidores da unidade pertencem ao corpo de enfermagem, que totaliza 165 trabalhadores. O número contrasta com o baixo efetivo de trabalhadores de outras categorias profissionais fundamentais para a efetivação da atenção psicossocial - assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais - e de projetos terapêuticos singulares.

O atual diretor da unidade assumiu o cargo no final de janeiro de 2024 e é psiquiatra de formação. Em diálogo com a direção, foi relatado um déficit de profissionais da enfermagem e farmácia na unidade, aspecto que foi reiterado na entrevista com a chefe da equipe de enfermagem do hospital, que relatou que a última turma de profissionais da enfermagem contratados no hospital é de concurso do ano de 2018. Ela salientou ainda

⁶⁹ Servidores Federais do SUS cedidos à SES/DF.

que a equipe de enfermagem acaba cumprindo papéis de assistência que não são da sua atribuição, como acompanhar pacientes em casa, o que aponta, na realidade, para a carência de profissionais da assistência social, como já mencionado.

Em reunião com a Secretaria de Saúde do DF, posteriormente à inspeção, foi informado que, em relação a profissionais da enfermagem, ainda há concurso vigente para enfermeiro e técnico de enfermagem, com cadastro de reserva ativo. Em consulta ao site da SES-DF, verificamos que os respectivos concursos ocorreram no ano de 2022. Em relação a profissionais de outras áreas, **é urgente a realização de concurso para assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais.**

Em entrevista com profissionais da enfermagem, foi observado que o piso salarial da enfermagem é muito baixo, não chegando a seis salários-mínimos, e que os técnicos de enfermagem não recebem piso. Além disso, os servidores já solicitaram adesão a despesas de incidentes ocorridos, mas que ainda não obtiveram retorno a este benefício.

Ainda em diálogo com profissionais do hospital, quando perguntado sobre a formação de trabalhadores para trabalharem na unidade, tendo em vista a especificidade do serviço e do público atendido, foi informado que há o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS). Em relação aos servidores recém-admitidos, o Decreto 39.546/2018 prevê que a competência do NEPS é de “promover o acolhimento” em seu local de trabalho. Assim, pelo que foi apurado pela equipe de inspeção nas entrevistas com profissionais e indicado no próprio Decreto, os cursos do NEPS não são compulsórios e não há um curso de formação específico voltado para novos servidores. Nesse sentido, foi relatado que, diante da entrada de profissionais novos, com ou sem formação em saúde mental, são feitos treinamentos informais com enfermeiros e demais especialistas do próprio hospital.

Chama atenção que, mesmo com a existência de um núcleo específico voltado para educação, não haja um treinamento formal para trabalhar no hospital e que isso aconteça na forma de transmissão oral pelos profissionais mais antigos. Com isso, profissionais que chegam não são apresentados e treinados de acordo com os protocolos formais específicos desse serviço de saúde, o que necessariamente implica que haverá uma tendência de se conformar e reproduzir as práticas institucionais arraigadas, mesmo quando elas se distanciam das diretrizes oficiais. Nesse sentido, apesar de a SES-DF ter protocolos bastante detalhados e atualizados sobre os mais diversos procedimentos, como, por exemplo, a contenção mecânica, o treinamento para realizá-los é feito de modo

informal com “os mais antigos da casa”. No caso do Protocolo de Manejo da Agitação Psicomotora Aguda, ficou evidente o distanciamento entre a prática e as diretrizes da SES-DF. Essa questão será aprofundada no tópico 3.6.

Outra questão muito preocupante salientada no diálogo com os profissionais diz respeito ao cuidado à saúde dos próprios trabalhadores do hospital, sendo relatado que **nos últimos seis anos houve quatro casos de suicídio entre servidores**. Como visto na tabela acima, há apenas um médico do trabalho na equipe do hospital, em regime de 20h, sem que haja outros recursos ou protocolos de prevenção ao suicídio e agravos de saúde para os/as trabalhadores. Contudo, esse não é o cerne do problema; trata-se de uma questão mais estrutural que evidencia a instituição manicomial enquanto espaço de adoecimento para trabalhadores e usuários, à semelhança de outros estabelecimentos de privação de liberdade.

Para além dos servidores efetivos do hospital, foi informado que há 25 médicas residentes em psiquiatria. Além disso, há trabalhadores terceirizados nos serviços da cozinha, limpeza e segurança.

O Hospital possui uma guarda de vigilância privada patrimonial, que são profissionais terceirizados da Empresa Grupo Visan⁷⁰ Segurança, através de vínculo celetista com a referida empresa, sendo que o hospital trabalha com onze vigias no plantão. De acordo com os vigilantes terceirizados, a empresa de segurança realiza contratações baseando-se na análise do currículo e em entrevistas. O salário base é de R\$2.200,00 (dois mil e duzentos reais), acrescido de um vale-alimentação de R\$600,00 (seiscentos reais) e um adicional de periculosidade de R\$600,00 (seiscentos reais), totalizando uma remuneração bruta de R\$ 3.400,00 (três mil e quatrocentos reais). Quando contratados, eles passam por um treinamento para prestar apoio na vigilância patrimonial do prédio do hospital.

Em relação ao perfil do público atendido, solicitamos à SES-DF a lista de pessoas internadas com seus dados socioeconômicos. Os dados da documentação fornecida estão sintetizados nos gráficos abaixo:

⁷⁰ Disponível em: <https://www.grupovisan.com.br/vigilanciaeseguranca>. Acesso em: 21 de junho de 2024.

Sexo das pessoas internadas - HSVP

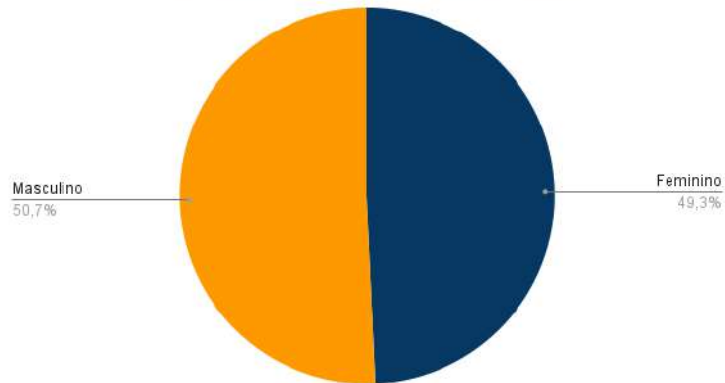


Gráfico 8: Sexo das pessoas internadas no HSVP.

Faixa etária das pessoas internadas - HSVP

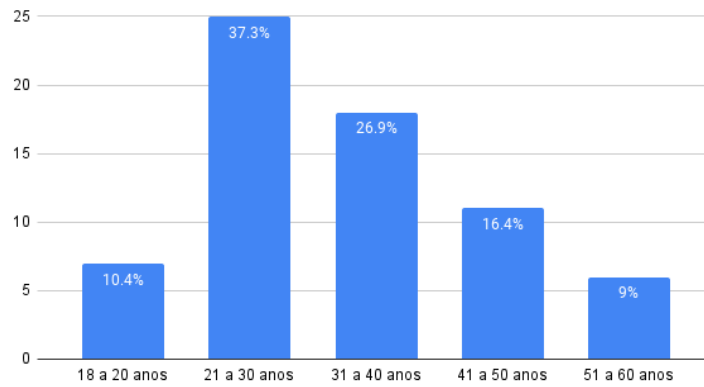


Gráfico 9: Faixa etária das pessoas internadas no HSVP.

Raça/cor das pessoas internadas - HSVP

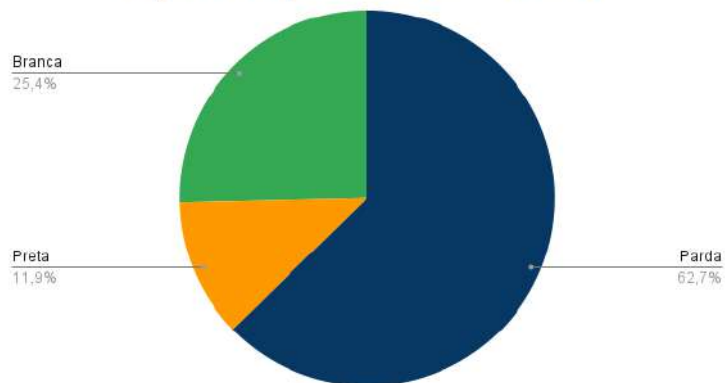


Gráfico 10: Raça/cor das pessoas internadas no HSVP.

Escolaridade das pessoas internadas - HSVP

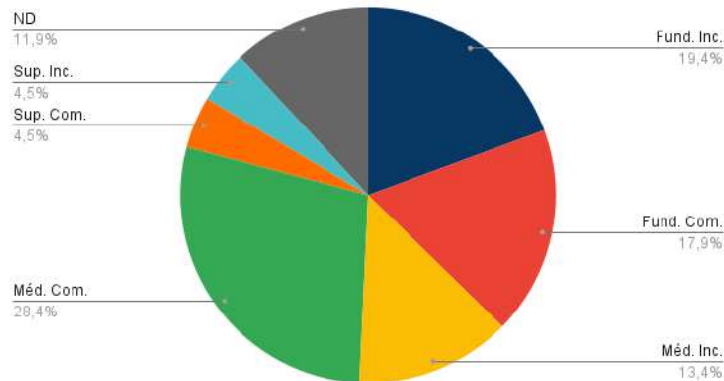


Gráfico 11: Escolaridade das pessoas internadas no HSVP.

Estado civil das pessoas internadas - HSVP

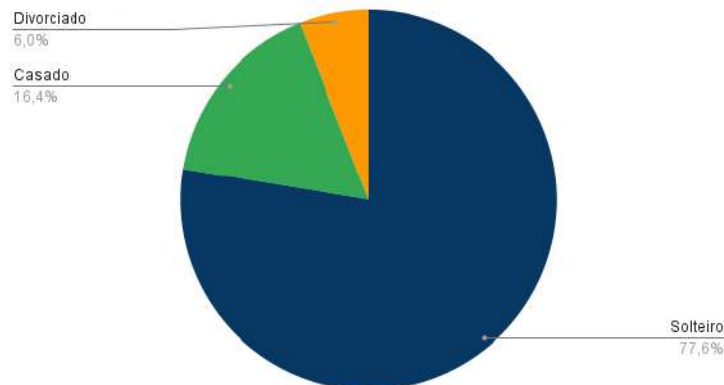


Gráfico 12: Estado civil das pessoas internadas no HSVP.

Oito do total de pessoas internadas eram pessoas com deficiência, 10 tinham curador e nove recebiam algum benefício, dos quais dois eram Bolsa Família e o restante Benefício de Prestação Continuada (BPC-LOAS).

Alguns aspectos importantes chamam a atenção nos dados. Em relação à faixa etária, o HSVP não recebe pessoas idosas - que são encaminhadas para o Hospital de Base - e a maior parte do público - 47,7% - é composta por pessoas jovens, até 30 anos de idade, o que potencializa o impacto da institucionalização na trajetória de vida dessas pessoas. Quanto à raça/cor, **74,6% das pessoas internadas são negras**, o que supera significativamente o percentual de pessoas negras na população geral do DF, que, segundo o CENSO 2022, é de 59,4%, somados pretos e pardos⁷¹.

⁷¹ Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 23 de abril de 2024.

Outro indicador socioeconômico relevante é a escolaridade formal das pessoas internadas: 37,3% das pessoas estudaram só até o ensino fundamental, sendo que a maior parte dessas - 19,4% - não completou esse ciclo básico; daquelas que acessaram o ensino médio (um total de 41,8%), 13,4% não chegaram a concluir; apenas 9% acessaram o ensino superior, das quais a metade concluiu essa etapa de formação.

Esses dados revelam um importante viés de classe e raça na seletividade do processo de institucionalização no HSVP, aproximando-se da realidade de outros tipos de espaços de privação de liberdade. Aliás, no diálogo com usuários/as, vários/as relataram já terem passado por outras formas de institucionalização, em comunidades terapêuticas, clínicas de reabilitação, unidades socioeducativas e estabelecimentos penais. O HSVP se insere, dessa forma, em um continuum de instituições de privação de liberdade que refletem, reproduzem e intensificam a marginalização social de pessoas negras e pobres.

A fim de dar maior confiabilidade a essas informações, confrontamos elas com os dados socioeconômicos de todas as pessoas que entraram e saíram do hospital entre 01/12/2023 e 29/02/2024, de modo a garantir uma amostra maior. As tendências quanto ao perfil socioeconômico das pessoas atendidas se confirmaram, em alguns casos foram até mais acentuadas. Com relação à raça/cor, por exemplo, das 258 pessoas que entraram e saíram do hospital no período, 80,1% eram negras.

Na entrevista com a direção do hospital, foi relatado que, por mês, cerca de 1.200 a 1.300 pessoas passam pelo P.S. e 1.700, pelo ambulatório, o que dá uma dimensão do volume de pessoas que buscam esse serviço. Foi relatado que a média de atendimento no hospital já foi mais alta - em torno de 100 pessoas por dia - pois internavam casos de pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso prejudicial de álcool e outras drogas, sendo que atualmente não recebem mais no hospital esse perfil de paciente, após a entrada em vigor de nova política de atendimento. O HVSP é um serviço psiquiátrico especializado, não atende pessoas com comorbidade clínica, que devem buscar então os serviços em saúde mental de hospitais gerais.

2.4 Alimentação e assistência material

A alimentação no HSVP é fornecida pela empresa “COOK empreendimentos em alimentação coletiva LTDA”, CNPJ 16.654.626/0001-51. A empresa foi contratada via



pregão eletrônico no ano de 2018, para um prazo de 24 meses, e depois esse contrato foi renovado até o atual ano, mas não constava, na cópia do contrato entregue pelo hospital, os aditivos do contrato. Para além do HSVP, o pregão também previa o fornecimento de alimentação para outras unidades: Hospital Regional Taguatinga; CAPS II Taguatinga; CAPS ad III Taguatinga; Centro de Saúde de Taguatinga, Instituto de Saúde Mental, CAPS I – ISM; UPA Núcleo Bandeirante, Centro de Saúde n. 2 - Núcleo Bandeirante. O valor total do contrato em 2018, para os 24 meses, era de R\$42.825.572,42 (quarenta e dois milhões, oitocentos e vinte e cinco mil, quinhentos e setenta e dois reais e quarenta e dois centavos) sendo previstas seis refeições: desjejum, colação, almoço, merenda, jantar e ceia, com o valor unitário das refeições variando, à época, entre R\$7,01 (sete reais e um centavo) (colação) e R\$22,37 (vinte e dois reais e trinta e sete centavos) (almoço e jantar). A alimentação contratada é tanto para os usuários, quanto para os funcionários.

O HSVP não tem estrutura de cozinha; as refeições são então preparadas no Hospital Regional de Taguatinga e chegam prontas ao HSVP. Em diálogo com usuários/as, eles/as descreveram da seguinte forma a rotina de refeições: às 8h, o café da manhã; às 10h, é servido um lanche; às 12h, o almoço; às 15h, o lanche da tarde; às 18h, o jantar; e, às 22h, outro lanche. Perguntados sobre como avaliavam a quantidade e se chegavam a ficar com fome nos intervalos das refeições, e qualidade da alimentação, não trouxeram nenhuma queixa e relataram que acham a comida gostosa. Contudo, algumas pessoas informaram que as refeições chegam frias para os usuários. Constatamos que é garantido, às pessoas que necessitam, dieta especial. O MNPCT acompanhou a entrega do café da manhã e almoço na unidade.

As refeições são servidas para os/as usuários em marmitas e porções já prontas, enquanto, para servidores, a alimentação é colocada em *rechauds* grandes no refeitório.



Café da manhã de usuário/a de dieta especial.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Café da manhã de usuário/a.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Pesagem do almoço de usuários/as – 695g.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Almoço de usuários/as.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.



Almoço de funcionários/as.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

Mesmo que a qualidade e quantidade da alimentação estejam satisfatórias da perspectiva dos/as usuários/as, um dos problemas inerentes à privação de liberdade diz respeito à falta de autonomia para definir o quê, quando e quanto comem, o que contribui para a institucionalização das pessoas e demonstra a inadequação estrutural desse modelo para a construção de independência para a realização de rotinas básicas, como a alimentação.

Ainda nessa linha, observamos que **todos/as os/as usuários/as devem usar o uniforme do hospital**, mais um mecanismo institucional que tende a suprimir a manifestação da subjetividade e singularidade. O uniforme também desempenha, do ponto de vista institucional, o papel de identificação e diferenciação, funcionando como fator de estigmatização. A questão dos uniformes enquanto desrespeito à individualidade e instrumento de controle foi debatida no relatório da inspeção de 2018:

O desrespeito à individualidade se anuncia logo na entrada da instituição, quando se toma contato com as (os) primeiras (os) pacientes. Todas as pessoas internadas, sem nenhuma exceção, são submetidas ao uso de uniformes, o que se torna uma afronta à singularidade de cada paciente. Destaca-se que as principais diretrizes estabelecidas por legislações (nacionais e internacionais) que visam garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais têm, como eixo central, a produção do aumento da autonomia e o respeito integral da privacidade das pessoas com transtornos mentais. Reforça-se que a escolha da vestimenta de um indivíduo expressa, em si, a sua personalidade e anuncia a sua identidade, de modo que qualquer justificativa que inviabilize a autonomia - em especial às pessoas com transtornos mentais - de escolha sobre a forma e como ela quer se vestir, não encontra ressonância com os interesses exclusivos de beneficiar a saúde daquele indivíduo (como estabelece o art. 2º da Lei 10.216/2001).

Ainda sobre o uso de uniforme, vários profissionais afirmaram que tal imposição não está relacionada a qualquer procedimento técnico nos quais as (os) pacientes são submetidos e que pudessem assim justificar o uso massificado das vestimentas. Afirmaram, contudo, que o uso de uniforme está associado ao controle e a restrição da liberdade daquelas pessoas, uma vez que, caso alguma pessoa tentasse ou conseguisse empreender fuga da instituição, ela seria facilmente identificada e “capturada”.

Algumas pessoas internadas reportaram ter adquirido prurido na região genital após utilizarem o uniforme da unidade. Então, embora seja lavado para ser entregue a novos (as) usuários/as, é possível que a lavagem não esteja dando conta de uma higienização total deste vestuário.

Além do uniforme, o HSVP fornece os demais itens de higiene e cuidado pessoal para as pessoas internadas, que são adquiridos pela SES-DF. Foi reportado por usuários/as que não são disponibilizados desodorante nem hidratante para a pele; sendo o hidratante também um item necessário, observado que o Distrito Federal se encontra localizado em uma região de clima predominantemente seco.



Itens de higiene entregues pelo hospital.
Fonte: Acervo MNPCT, 2024.

2.5 Projeto terapêutico

“Comer, dormir, tomar banho e tomar remédio”. Assim, uma usuária sintetizou para a equipe de inspeção sua rotina na unidade. A percepção de permanecer a maior parte do tempo trancafiado e sem atividades foi compartilhada pela maioria dos/as usuários/as com quem dialogamos na inspeção, que pontuaram que no final de semana o ócio é maior. A falta de atividades foi constatada pelo MNPCT durante a inspeção, pois foi possível observar que, ao longo do dia, a maior parte dos/as usuários/as estavam simplesmente andando pelo hospital ou pátio externo. Eles/as relataram que as atividades que fazem são esporádicas e não necessariamente desempenham um papel terapêutico. Dentre as atividades citadas estão karaokês, assistir filmes, canto e adivinhação. Outro ponto

importante da fala acima se refere à centralidade da medicação no projeto terapêutico dos/as usuários/as.

Vimos acima o baixo efetivo de trabalhadores da assistência psicossocial na unidade, o que certamente impacta na possibilidade de desenvolver atividades que correspondam às reais necessidades dos/as usuários/as e também na frequência de sua realização. Dos 22 núcleos existentes na unidade, apenas um tem atribuições relativas a atividades terapêuticas, o NUAT, conforme previsão do Art. 458 do Decreto 39546/2018:

- Ao Núcleo de Atividades Terapêuticas - NUAT, unidade orgânica de execução, diretamente subordinada à Diretoria de Atenção à Saúde, compete:
- I - prestar assistência terapêutica em internação, urgência e emergência e ambulatório para promoção, recuperação e reabilitação do paciente psiquiátrico;
 - II - coordenar a execução das atividades da psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional;
 - III - implementar o uso dos protocolos assistenciais no âmbito das atividades terapêuticas;
 - IV - organizar e promover eventos culturais e científicos em saúde mental; e
 - V - executar outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

O HSVP forneceu ao MNPCT o cronograma de atividades do NUAT, assim como um quadro denominado “Estatística 2023”, com o nome de cada profissional e números por mês. Contudo, a análise desse último documento ficou prejudicada por não ficar claro a que esses números se referem. Os cronogramas de atividades do P.S. e enfermaria seguem abaixo:

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES – MARÇO 2024						
PRONTO SOCORRO						
	ENFERMARIA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ	FEMININA		ATIVIDADE DE ARTESANATO	JOGOS	ATIVIDADE CORPORAL	ATIVIDADE COM MÚSICA
	MASCULINA	AUTOCUIDADO	ATIVIDADE CORPORAL			
TARDE	FEMININA		ORÇINA DO CUIDAR	RESIDÊNCIA MULTI	ATIVIDADE AUDIOVISUAL (FILME SÉRIE) E/OU (ANIVERSARIANTES DO MÊS)	MASSAGEM
	MASCULINA	AUTOCUIDADO	PEC		ATIVIDADE AUDIOVISUAL (FILME SÉRIE) E/OU (ANIVERSARIANTES DO MÊS)	CULINÁRIA

OBS.: Atividades podem sofrer alteração devido quantitativo de profissionais e demanda do paciente.

Cronograma de atividades do NUAT.
Fonte: HSVP, 2024.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES – MARÇO 2024						
ALA						
	ENFERMARIA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ	FEMININA	GRUPO DE MULHERES	ATIVIDADE DE CAMINHADA	PEC	MASSAGEM	ATIVIDADE COM MÚSICA
	MASCULINA	PEC	ATIVIDADE DE CAMINHADA	PEC	AUTOCUIDADO	
TARDE	FEMININA		ATIVIDADE AUDIOVISUAL (FILME/SÉRIE)	ATIVIDADE DE BINGO	(ANIVERSARIANTES DO MÊS) ATIVIDADE DE JOGOS	
	MASCULINA	JOGOS			(ANIVERSARIANTES DO MÊS) ATIVIDADE EXPRESSIVA	

OBS: Atividades podem sofrer alteração devido quantitativo de profissionais e demanda do paciente.

Cronograma de atividades do NUAT.
Fonte: HSVP, 2024.

Foi também compartilhado com o MNPCT o Procedimento Operacional Padrão do NUAT, que lista e descreve as atividades desenvolvidas:

ATIVIDADES TERAPÊUTICAS DESENVOLVIDAS
- Grupo de gênero – trabalhar com mulheres as questões relacionadas ao gênero feminino;
- Oficina de bordado – estimular o fazer e a autonomia, proporcionar espaço de convivência e socialização;
- Karaokê – promover interação social, permitir expressão do corpo;
- Cinema – promover socialização, proporcionar verbalização de idéias;
- Jogos – estimular cognitivamente, promover espaço de socialização;
- Autocuidado – incentivar autonomia e percepção do esquema e imagem corporal;
- Oficina de pintura e desenho – permitir a expressão das vivências;
- Atividade física – promover a movimentação global do corpo;
- Oficina corpo e mente – estimular a expressão de vivências a partir do movimento do corpo;
Atividade externa – proporcionar contato com o lazer, a cultura, estimulando a autonomia e independência.

Procedimento Operacional Padrão do NUAT.
Fonte: HSVP, 2024.

Em diálogo com profissionais do NUAT, foi informado que há atividades todos os dias com os/as usuários/as, ainda que nem todos participem, como, por exemplo, “oficinas de autocuidado”. Foi relatado que, por vezes, o NUAT faz atividades externas, como por exemplo, ir a um clube nas imediações. Foi informado que os psicólogos do NUAT fazem atendimentos individuais com pacientes e familiares e realizam as atividades coletivas terapêuticas. Recomendaram a contratação de profissional da educação física e a contratação de mais profissionais para desenvolvimento de projetos terapêuticos para os períodos de finais de semana (atividades lúdicas, educativas, culturais, terapêuticas).

Contudo, em entrevista com outros profissionais, foi informado que “não há efetivo para levar os pacientes para utilizar os aparelhos de ginástica” e foi confirmada pela equipe a falta de atividades para usuários/as, sobretudo nos finais de semana.

Mais preocupante do que a realização (ou não) de atividades terapêuticas, contudo, diz respeito ao fato de que, mesmo quando ocorrem, essas atividades não se vinculam a um Projeto Terapêutico Singular, conforme informado na resposta do próprio hospital à solicitação do MNPCT da cópia do PTS das pessoas internadas no hospital há mais de 12 meses e de três pessoas internadas nos três meses anteriores à inspeção. Na resposta à solicitação foi informado que:

O Hospital São Vicente de Paulo, segundo a portaria 321 de 15 de agosto de 2023, é unidade de referência distrital com funcionamento ininterrupto em urgência e emergência. Este serviço busca trabalhar dentro da clínica ampliada. Além de termos uma média de permanência de 11 dias no PS e 26 dias na ala de internação, atualmente temos 12 usuários que encontram-se residindo neste serviço há mais de 12 meses e lidar com estes enquanto sujeitos buscando sua participação e autonomia no tratamento é um desafio. Dentro da política de saúde mental o PTS deve ser utilizado como instrumento de articulação intra e intersetorial entre família e território. **Logo, é impossível e inviável utilizar o PTS (Plano Terapêutico Singular) com estes usuários, os quais não têm perspectiva de saída, ainda que de alta hospitalar.** As equipes que compõem este serviço, por diversas vezes, fizeram e fazem articulações, sem medir esforços, com os mais diversos aparelhos: DISAM, JUSTIÇA, SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL, CAPS, no intuito de desinstitucionalizar esses usuários, porém sem sucesso até o momento. Dos tratamentos oferecidos no HSVP a estes usuários, além do tratamento médico, de serviço social, da enfermagem, farmácia e nutrição, o NÚCLEO DE ATIVIDADES TERAPÊUTICAS (NUAT) composto por terapeutas ocupacionais, psicólogos e fisioterapeutas oferecem atendimentos individuais e em grupo que visam promover a autonomia e independência nas atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária e de autocuidado; permitir a socialização em atividades de lazer sejam internas ou externas; prevenir déficit cognitivo através da estimulação; trabalhar a psicoeducação comportamental; realizar atividade física para melhoria de condicionamento físico, equilíbrio, ganho de mobilidade. De forma geral, todos são estimulados a participarem das atividades, algumas mais direcionadas na tentativa de atender a individualidade. **Porém, o PTS não é feito para nenhum paciente.**

A resposta oferecida fornece elementos importantes para a análise. Em um primeiro momento, a ausência de PTS é associada à “falta de perspectiva” de saída de algumas pessoas internadas, apesar dos esforços da equipe. Explicita-se, dessa forma, como a internação gera um isolamento social que tende a cronificar a institucionalização, em um ciclo que se retroalimenta e se torna cada vez mais difícil de quebrar. É evidente, contudo, que essa “falta de perspectiva” não pode justificar a ausência do PTS, mesmo porque não é possível, a priori, prever essa situação. O PTS precisa ocorrer, pois é ele que permitirá mitigar os impactos negativos da institucionalização e sedimentar as bases para a

desinstitucionalização. Nesse sentido, a ausência do PTS contribui de maneira significativa para esse processo de cronificação e a consequente “falta de perspectiva” de saída.

Outro ponto que chama atenção na resposta é a menção a atividades que “visam promover a autonomia e independência nas atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária e de autocuidado”. A rotina dentro de uma instituição de privação de liberdade é, em si mesma, prejudicial à autonomia para as atividades mais básicas, tais como se alimentar, se vestir e manter a higiene pessoal e dos ambientes. Isso não é diferente no HSVP. A alimentação é recebida em marmitas já porcionadas, em horários e com cardápios pré-determinados. As vestimentas são uniformes fornecidos pela instituição, sem que haja possibilidade de escolha e individualização. A higiene pessoal é integrada à rotina e horários do hospital e constitui uma das regras de disciplina, dentro de uma lógica de vigilância e/ou tutela. Todos esses aspectos são inerentes ao processo de internação, de modo que há uma contradição estrutural entre a construção da autonomia e o modelo manicomial.

Apesar da primeira justificativa da ausência de PTS para as pessoas “moradoras”, evidencia-se no fim que, na realidade, o PTS não é feito para ninguém. Se o PTS não é feito para nenhum usuário, não há plano de desinstitucionalização e as chances de institucionalizações prolongadas se intensificam. Com isso, a principal proposta de “cuidado” no HSVP é a medicalização, pois mesmo quando há atividades, essas são homogêneas, não estão vinculadas a estratégias terapêuticas e à individualização do tratamento. Não ficou claro, inclusive, se há e quais são os critérios de seleção de pessoas para participarem em uma ou outra atividade. Esse aspecto também foi observado em 2018:

A instituição não promove a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), o que faz com que as pessoas sejam submetidas a uma rotina de abandono por parte da instituição no que se refere às estratégias terapêuticas. Simplesmente estão amontoados, tendo a intervenção medicamentosa como a principal estratégia de “cuidado”.

[...]

Ressalta-se que, como não há PTS, as atividades (quando realizadas) têm somente a finalidade de ocupar o tempo das pessoas privadas de liberdade, uma vez que essas atividades estão desconectadas das necessidades reais das pessoas assistidas.

A centralidade da medicação no tratamento ofertado no HSVP pode ser notada na própria composição da equipe do hospital quando contrapomos o número de profissionais

da enfermagem com o de profissionais da psicologia, assistência social, terapia ocupacional e fisioterapia. Inclusive, na conversa com servidores, foi relatado que profissionais da enfermagem acabam tendo que desempenhar “funções de assistência”, como fazer reunião com a família e acompanhar os/as usuários em casa. O hospital está, portanto, estruturado de maneira a impossibilitar a individualização do tratamento, em contraposição às diretrizes internacionais⁷².

A medicação também desempenha um papel de controle e docilização das pessoas internadas, o que foi observado na inspeção por meio da fala pastosa e expressões de sonolência de usuários/as. A Lei 10.216/2001, em seu Art. 2º, VII, e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em seu Art. 25, d, garante às pessoas em sofrimento psíquico que sejam informadas sobre sua doença e tratamento e que os profissionais de saúde devem obter seu consentimento no tratamento dispensado às mesmas. No entanto, no diálogo com usuários/as, vários/as relataram não terem sido informados/as sobre as medicações que tomavam e, principalmente, sobre os efeitos adversos que poderiam causar.

Esse cenário aponta para a reprodução dentro da instituição do estereótipo de que pessoas com transtorno mental não são “capazes” de compreender informações sobre seu tratamento. Além de configurar um tratamento discriminatório, a desinformação sobre sua condição de saúde e medicações administradas efetivamente prejudica a adesão voluntária ao tratamento e dificulta a construção do autocuidado autônomo, o que potencializa as possibilidades de desencadeamento de novas crises e internações.

Um dos farmacêuticos entrevistados reportou que, por vezes, faltam alguns medicamentos na rede e que há medicamentos que vem em pequenas quantidades. A equipe de saúde também informou a falta de medicamentos no SUS, como haldol e prometazina. Usuários que fazem tratamento com lítio informaram que não estão recebendo esse medicamento na unidade e que são as famílias que o trazem, tanto lítio, quanto sertralina.

Por fim, foi informado pela direção e por profissionais que são realizadas semanalmente reuniões da equipe multidisciplinar para discussão de casos e do plano de

⁷² Princípio 9.2 do documento aprovado pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU nº A / 46 / 49 – 17/12/1991) sobre “A Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental”: “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.”

desinstitucionalização de pacientes e que, em algumas ocasiões, as famílias são chamadas a participar da discussão. Contudo, sem um PTS entendemos que o acompanhamento de casos e o plano de desinstitucionalização ficam muito prejudicados. É fundamental a participação da família no projeto terapêutico dos/as usuários/as, no sentido do fortalecimento desses vínculos e da construção de um plano de desinstitucionalização sólido e duradouro. Quando perguntamos se o corpo de enfermagem participa dessas reuniões, alguns afirmaram que participam, apesar de ser um “desvio” de suas funções. É importante a presença e participação do corpo de enfermagem nas reuniões de equipe, pois são os profissionais que estão em contato mais próximo com os/as usuários/as.

2.6 Práticas disciplinares e contato externo

As observações da equipe do Mecanismo durante a inspeção, em congruência com os relatos de usuários/as e profissionais e análise das documentações, apontam para **indícios de que o procedimento de imobilização de usuários/as por meio de sua contenção física esteja sendo usada como prática disciplinar** no Hospital São Vicente, o que é vedado pelo Art. 3º da Resolução COFEN 427/2012: “É vedado aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde.”

Na inspeção de 2018, essa situação já havia sido constatada:



Relatório de inspeção do HSVP, 2018.
Fonte: MNPCT, 2018.

O relatório ressaltou em sua análise a dimensão histórica desse método de controle sobre o corpo de mulheres negras, que aponta para práticas arraigadas de racismo institucional:

Ali já foi apresentada a imagem manicomial clássica: a contenção mecânica de três mulheres negras, que dormiam em macas, duas delas contidas pelos pulsos e pernas. A contenção da terceira era exclusivamente medicamentosa, o que pôde ser identificado por sua fala pastosa, com o relato doloroso de alguém que foi à instituição buscar uma receita médica e acabou sendo internada. As outras duas mulheres mostravam certa desorientação, ao mesmo tempo em que expressavam a violência sofrida, mostrando os punhos e os tornozelos avermelhados, em função da constância do movimento do corpo em luta contra a faixa que o continha. Já na ala feminina foi encontrada outra mulher contida.

As falas das mulheres negras encontradas amarradas demonstram uma parcela da histórica exclusão e abuso de poder sobre o corpo negro da mulher, que perpassa desde a imagem do uso da máscara de flandres até às internações indiscriminadas de mulheres que, em sua maioria também negras, eram enclausuradas nos espaços manicomiais com justificativas diversas, sendo uma das mais comuns o comportamento considerado inadequado socialmente. Essa conduta do poder médico-psiquiátrico depositou, em alguns casos por toda uma vida, incontáveis mulheres negras em locais como o Hospital Colônia de Barbacena/MG - não por acaso também chamado de colônia.

É a partir da compreensão desse contexto histórico e social e das orientações e protocolos técnicos existentes que a análise das práticas de contenção no HSVP será desenvolvida neste item.

As duas principais orientações, em âmbito nacional, referentes à contenção física de pacientes são a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.056/2013 e a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 427/2012. No contexto do GDF, foi publicada pela SES-DF o “Protocolo: Manejo da Agitação Psicomotora Aguda”, que é norteado por essas duas resoluções, além de “Livros-texto de psiquiatria e de emergências psiquiátricas, protocolos clínicos de outros serviços de saúde e materiais produzidos e utilizados em serviços da SES-DF”. Desde o princípio, o protocolo resalta a importância de treinamento adequado e periódico da equipe⁷³ e ações preventivas no sentido de evitar o uso de “medidas coercitivas”:

A abordagem em equipe, bem como o preparo e treinamento prévios e periódicos são ideais. A adequada conduta pode melhorar o prognóstico, reduzir riscos para paciente e equipe, além de diminuir o tempo de internação. A agitação psicomotora pode ser compreendida em um continuum de sintomas, variando de leve inquietação até grave violência. É importante identificar os episódios o mais precocemente possível, para evitar progressão. O manejo

⁷³ Já foi ressaltado no item 3.3 que não há um treinamento formal e formação continuada de profissionais da enfermagem para a realização de contenção mecânica, que aprendem o procedimento na prática do dia a dia e, necessariamente, reproduzindo as irregularidades que marcam o uso do procedimento no HSVP.



ineficaz pode resultar em uso desnecessário de medidas coercitivas e aumento de uso de recursos hospitalares, e mesmo de custos.

Baseados nas diretrizes das resoluções CFM e COFEN, reiterados pela SES-DF, a contenção mecânica pode ser caracterizada como um procedimento invasivo e coercitivo; sua realização envolve, necessariamente, o submetimento do paciente ao uso da força física. Enquanto método violento, as normativas destacam que a contenção física só pode ser utilizada em casos extremos e como último recurso, para assegurar a vida e integridade física do/a usuário/a e de terceiros: “A contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais” (Art. 2º, Resolução COFEN 427/2012).

A partir de uma leitura desses documentos e das resoluções supracitadas, em confronto com os direitos e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal, legislações nacionais e nos tratados internacionais de direitos humanos, o MNPCT compreende que a contenção física de pacientes também não pode ser empregada com o fim de evitar apenas danos patrimoniais. Caso realizada de maneira incorreta e desvinculada dos critérios de aplicação indicados, a contenção pode configurar tortura ou tratamento desumano, cruel ou degradante.

Feitas essas considerações iniciais, passamos à análise da situação fática que se apresentou à equipe do MNPCT no dia da inspeção. Por volta de 9h, a equipe de inspeção conversava com usuários/as das alas feminina e masculina do P.S. na área externa do prédio. Em um dado momento, uma usuária passou a gritar e jogar contra o chão pedaços de madeira que se encontravam em cima de uma bancada. Apesar de agitada, ela não apresentava nenhum comportamento de autolesão ou de ameaça de lesão a terceiros. Inicialmente, alguns profissionais lhe “chamaram a atenção” em relação a seu comportamento, mas sem oferecer um ambiente de acolhimento e escuta para melhor compreender o quadro. Diante da repreensão verbal, a usuária seguiu arremessando objetos contra o chão. Poucos minutos depois, alguns profissionais a cercaram, o que nitidamente levou a uma agitação maior da usuária. Uma profissional médica que estava no interior do hospital foi então chamada. **Ao ver a agitação da usuária, imediatamente se prescreveu que fosse levada à UPE para que se realizasse o procedimento de contenção mecânica.**

Ao contrário do previsto no Protocolo oficial da SES-DF, não houve, antes da contenção, tentativas de desescalamento com o fim de evitar a necessidade de medidas

mais invasivas. Nesse sentido, o protocolo recomenda 25 atitudes em relação à abordagem adequada, dentre as quais destacamos:

- Demonstre interesse pelo relato da pessoa e em auxiliá-la no que for possível. Deixe-a falar livremente;
- Não emita julgamentos sobre os comportamentos, não faça ameaças, não provoque a pessoa nem a humilhe. O contexto mais amigável reduz a chance de agressividade e aumenta a possibilidade de colaboração;
- Procure identificar sentimentos, necessidades e desejos do/a paciente; Muitas vezes, é possível resolver a questão sem medidas mais invasivas;
- A pessoa pode estar se sentindo desrespeitada ou humilhada. Procure compreendê-la para ajudar;
- Ofereça escolhas razoáveis (por exemplo, se prefere o medicamento via oral (VO) ou intramuscular (IM), ou se prefere que apague parte das luzes do espaço), que podem aumentar a percepção de controle e autonomia;
- Não se coloque em posição encurralada, sem acesso à saída, e não fique de costas para o/a paciente.

Essas recomendações não foram aplicadas à situação concreta e o que se observou foi uma abordagem que foi frontalmente de encontro com elas. Ao invés de desescalonar a situação, constatamos que as intervenções feitas agudizaram o quadro. No dia anterior à inspeção, 05/03, conforme os registros de contenção do hospital acessadas pelo MNPCT, a mesma usuária tinha sido submetida a uma contenção mecânica.

Ao ser encaminhada à UPE, a equipe do MNPCT acompanhou os profissionais até o local para observar à distância se a contenção seria feita de acordo com o Protocolo da SES-DF, sem interferir na conduta médica. Ela foi contida em um leito com o uso de ataduras e ela foi amarrada pelos pulsos, joelhos, calcanhares e torso, presas à base da cama. Ainda que o posicionamento das amarras estivesse correto, destaca-se que a recomendação do Protocolo é que se dê preferência às faixas específicas de contenção: “Os materiais utilizados nas contenções físicas devem ser de tecido largo, não elástico e devem ser resistentes, preferivelmente as faixas específicas de contenção”. Após a colocação das contenções, a usuária foi medicada com haloperidol e prometazina.

A equipe do MNPCT só se aproximou da usuária quando ela foi deixada sozinha na UPE. Observa-se mais uma vez o desrespeito ao Protocolo, que orienta que a equipe de contenção deve ter cinco profissionais e que ao menos um deles deve se manter visível todo o tempo para a pessoa contida:

- A equipe para contenção deve ter pelo menos 05 pessoas, que atuam de forma coordenada. Um dos profissionais, que coordena o grupo, deve se manter visível para o/a paciente durante todo o período. Este/a profissional também busca tranquilizar a pessoa agitada e transmitir segurança. As outras quatro pessoas atuam simultaneamente em cada membro do/a paciente, tendo o cuidado de proteger as articulações contra entorses ou distensões.

Quando os profissionais se afastaram, as peritas do MNPCT permaneceram sozinhas com a usuária. Elas então se aproximaram do leito para tentar tranquilizar, ouvir e acolhê-la. No diálogo com ela, ela relatou experiências de graves violências vividas em outros contextos de privação de liberdade e expressou nitidamente medo de que tais violências se repetissem. **Entendemos que a contenção mecânica naquele contexto foi um elemento de revitimização da usuária** e que este histórico precisa ser considerado e endereçado em seu processo terapêutico. Durante a contenção a equipe de enfermagem veio monitorar os sinais vitais da usuária, conforme previsão do Protocolo de reavaliação clínica a cada 30 minutos.

Uma pessoa da equipe do MNPCT permaneceu junto à usuária enquanto ela permaneceu contida. Ela foi desamarrada por volta de 11h. Poucos minutos depois de ser solta, a usuária foi novamente contida, momento em que a equipe do MNPCT já estava de saída do hospital para o almoço. A situação que ensejou o procedimento foi que a usuária virou uma bandeja com copos plásticos com água. Novamente, observa-se que não havia um risco iminente de autolesão ou lesão a terceiros. A segunda contenção só reforçou, assim, os indícios de que esse procedimento, além de estar sendo feito de maneira incorreta e por períodos prolongados, está sendo utilizado como instrumento de disciplina e punição, o que é explicitamente vedado tanto pela Resolução 427/2012 do COFEN quanto pelo Protocolo da SES-DF.

Ao analisar a forma como essas contenções ocorridas no dia da inspeção foram registradas no prontuário, também há discrepâncias em relação ao Protocolo, que em consonância com as Resoluções do CFM e do COFEN, determina que sejam registrados, no mínimo:

[...] o quadro clínico que ensejou a indicação da contenção, as medidas de desescalamento verbal e contenção química utilizados, a equipe que realizou o procedimento, horário de início, sinais vitais, possíveis intercorrências, avaliação do local da contenção quanto à perfusão sanguínea e sinais inflamatórios, existência de sinais prévios de lesões corporais, cuidados prestados, horários e estado do/a paciente em cada avaliação e hora da retirada da contenção.

No respectivo prontuário, contudo, havia discrepâncias entre a situação fática descrita e a que foi efetivamente observada pela equipe, referindo-se a um risco iminente de autolesão que não se verificou ali no momento⁷⁴, não havia anotação das técnicas de

⁷⁴ Risco iminente não se confunde com risco potencial. Imediato e iminente é a situação que se apresenta faticamente em um dado momento, e não a potencialidade de uma situação futura.

desescalamento, não foram registradas as avaliações clínicas realizadas, tais como sinais vitais, e não foi registrado o horário de soltura da primeira contenção. Quanto à segunda, de acordo com o prontuário, ela permaneceu amarrada entre 11h17 e 17h58, ou seja, **ela ficou contida por quase sete horas**. A mesma usuária foi novamente contida no dia 19/03, quando também não foram registradas no prontuário as informações mínimas, nem mesmo o horário de soltura.

De acordo com os registros de contenções no período entre 19/01/2024 e 19/04/2024, houve um total de 17 contenções em 10 pessoas, ou seja, as mesmas pessoas foram contidas várias vezes. Das 10 pessoas, oito eram mulheres e duas eram homens; oito eram pardas e duas brancas, um recorte de raça e gênero que chama atenção e confirma os apontamentos feitos acima sobre a dimensão histórica e social do procedimento. **A totalidade dos registros não foram feitos de acordo com as orientações do Protocolo, com ausência de informações sobre as técnicas de desescalamento prévias à contenção, o monitoramento clínico das/os pacientes e o horário de soltura.**

O fato de as mesmas pessoas serem submetidas de maneira reiterada a contenções indica que há um ciclo de autorreprodução desse procedimento, o que é ainda favorecido quando se mantém as pessoas consideradas de manejo “difícil” no P.S., com proximidade física da UPE. Em diálogo com os/as usuários/as, a questão das contenções compareceu com recorrência. A percepção que tinham sobre esse procedimento retratava-o como uma experiência violenta e sempre como objeto de temor. Uma usuária chegou a explicitar que ela ficava “com trauma” sempre que era “amarrada”. Também **foram reportadas por usuários/as práticas como “mata-leão” para contenção e que é comum as pessoas em contenção serem deixadas sozinhas sem supervisão**. Outras pessoas relataram que já viram pessoas internadas permanecerem amarradas a noite toda.

Parece-nos, assim, que os quadros de agitação, quando se apresentam, podem estar associados inclusive com esse temor da contenção, que acaba se traduzindo em uma ameaça velada para os/as usuários/as. Ao invés de realizarem ações preventivas com essas pessoas, buscando estratégias terapêuticas que possam responder a esses quadros antecipadamente, evitando métodos invasivos, o que se observou no HSVP é que as práticas institucionais e o uso abusivo de contenções mecânicas podem estar agudizando o sofrimento mental de usuários/as. Além disso, é urgente que a SES-DF realize o treinamento adequado e continuado das equipes dos serviços de saúde em acordo com

seus protocolos, com a finalidade de prevenir o uso abusivo e inadequado desse procedimento.

Usuários/as também relataram abusos físicos e verbais de funcionários do hospital, como empurrões, falas como “você nunca vai sair daqui” e ameaças de amarrar as pessoas. Como mencionado, a contenção física de usuários/as necessariamente envolve o uso da força física contra eles/as, o que foi demonstrado no diálogo com esses/as por meio de marcas e roxos decorrentes do procedimento:



Marcas roxas no braço de usuária.
Fonte: MNPCT, 2024.



Marcas roxas no braço de usuária.
Fonte: MNPCT, 2024.

Em relação às normas disciplinares, essa questão foi apontada no relatório da inspeção de 2018, por meio do quadro de regras de convivência encontrada naquela ocasião afixado na parede:



Relatório de inspeção do HSVP, 2018.
Fonte: MNPCT, 2018.

Nessa inspeção, não encontramos mais esse banner, mas as regras disciplinares descritas por usuários/as e profissionais são basicamente as mesmas. Em relação à manutenção de higiene física e corporal, uma usuária relatou estar se sentindo desvalorizada por não estar recebendo a assistência adequada para fazer o cuidado de suas unhas do pé e disse que, quando ela tentou solicitar, foi-lhe respondido que ela “não precisava de beleza”.



Pés e unhas de usuária sem cuidados.
Fonte: MNPCT, 2024.

Vale ainda retomar aqui a discussão sobre a proibição de relações sexuais, já tratada no relatório de 2018:

A vulnerabilidade que acomete a pessoa em sofrimento psíquico – grupo que pode ser considerado historicamente composto principalmente de pessoas negras e pobres, com vínculos sociais e familiares muitas vezes rompidos ou fragilizados – está fortemente associada a estigmas e preconceitos que perpassam até mesmo pela possibilidade de exercício da sexualidade, enquanto um direito.

Há uma invisibilidade das práticas sexuais dessa população, como se não tivessem o direito de exercê-las, o que, muitas das vezes, provoca ainda mais vulnerabilidade e riscos ainda maiores, visto que pode haver casos de internos soropositivos ou com a presença de quadros infectos contagiosos, o que não nos foi apresentado via documentação solicitada. A ausência de projetos de educação sexual e reprodutiva é perceptível.

No caso específico do Hospital São Vicente de Paulo houve alguns relatos preocupantes no que trata da questão da sexualidade, como aquele trazido no texto introdutório desse relatório. Segundo o profissional da medicina entrevistado pelo Mecanismo Nacional, para “aquilo que é considerado comportamento hipersexualizado, adota-se a prática de castração química”.

Não obtivemos relatos ou documentos, nessa inspeção, que apontassem para a continuidade de práticas de castração química na unidade. Contudo, perguntado em relação à educação sexual e medidas de prevenção à ISTs, a direção da unidade informou que não há projetos implementados nesse sentido, nem mesmo o acesso a preservativos. Observa-se, dessa forma, que **a política institucional do hospital é integralmente baseada na abstenção sexual**, reforçando ainda mais um cenário em que “o próprio exercício da sexualidade é observado como um tabu social ainda maior do que para o resto da população, quando se trata do caso das pessoas com algum sofrimento psíquico” (Relatório de inspeção, 2018). Além da negação do direito à e da própria sexualidade de pessoas internadas, o HSVP não inclui em seu projeto terapêutico o exercício seguro da sexualidade e não implementa medidas para prevenir violência sexual no hospital e de controle de gravidez indesejada e IST’s.

As práticas disciplinares aqui descritas precisam ser analisadas ainda à luz da própria arquitetura do hospital, cujas grades e muros demarcam a privação da liberdade de usuários/as, o que fica ainda mais pronunciado pela presença de vigias do lado de fora das grades:



Vigia em frente à grade da área externa do P.S.
Fonte: MNPCT, 2024.

Em novembro de 2023, cinco usuários “fugiram” do HSVP, quando havia uma greve dos vigilantes da empresa Visan, contratada para fornecer o serviço de segurança no HSVP. Segundo noticiado naquele momento:

Segundo o Sindicato dos Vigilantes do Distrito Federal (Sindesv-DF), os trabalhadores terceirizados cruzaram os braços cobrando os pagamentos atrasados.

Os vigilantes não teriam recebido o vale-alimentação, e o último salário teria caído nas contas com uma semana de atraso. Mais da metade dos trabalhadores estaria com férias vencidas e alguns se queixam de não receber por horas extras⁷⁵.

Em diálogo com esses profissionais terceirizados da segurança patrimonial no dia da inspeção, eles informaram que estiveram em greve por duas semanas em decorrência de atrasos de salário, da falta de depósito do FGTS por parte da referida empresa terceirizada, além do não pagamento da cobertura de férias de outros colegas.

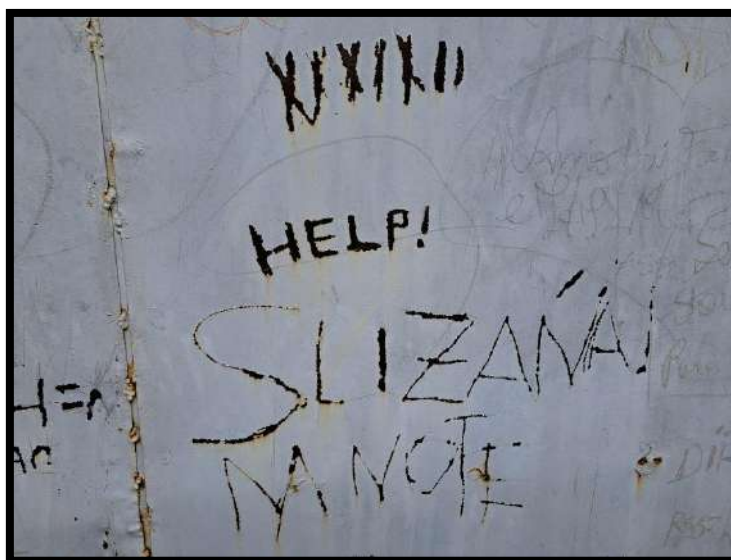
As “fugas” ocorreram três dias após a deflagração da greve, situação que mais uma vez aproxima as práticas institucionais de uma lógica manicomial e prisional, pois indica que os vigias efetivamente cumprem uma função de vigilância das pessoas internadas e que as “fugas” aconteceram justamente porque estavam em greve. Nesse sentido, em diálogo com eles, houve relatos de que **muito frequentemente participam da contenção de pessoas em situação de emergência psiquiátrica.**

⁷⁵ Disponível em: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/saude-do-df-confirma-fuga-de-cinco-pacientes-de-hospital-psiquiatrico>. Acesso em: 01 de junho de 2024.



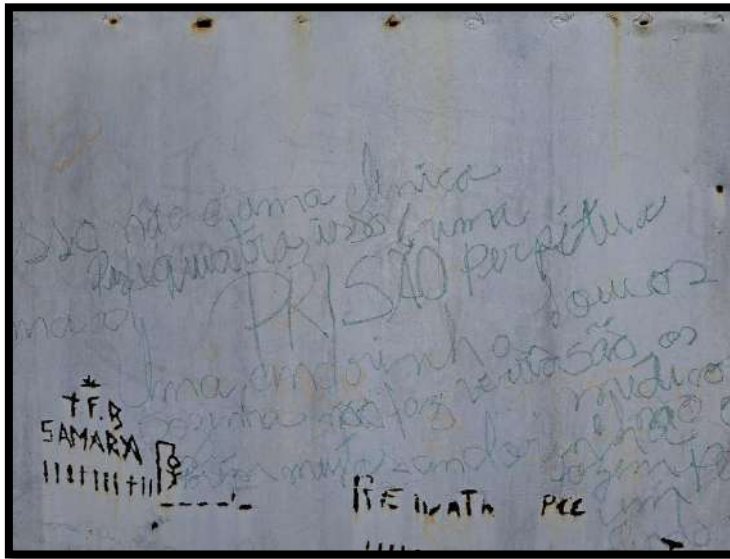
Imagem de usuário pulando a grade para evadir.
Fonte: Metrópolis⁷⁶.

As evasões apontam também para o sofrimento e sentimento de inconformismo de usuários/as com sua internação, o que compareceu igualmente nos diálogos da equipe com esses/as: **“Quero me tratar em casa e no CAPS, não em prisão”**, afirmou um deles. Escritos de usuárias no muro da parte externa da ala feminina da enfermaria também expressam a percepção de aprisionamento no hospital e o sofrimento decorrente da institucionalização.



Escritos de usuárias no muro da parte externa da ala feminina da enfermaria.
Fonte: MNPCT, 2024.

⁷⁶ Disponível em: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/saude-do-df-confirma-fuga-de-cinco-pacientes-de-hospital-psiquiatrico>. Acesso em: 01 de junho de 2024.



Escritos de usuárias no muro da parte externa da ala feminina da enfermaria.

Fonte: MNPCT, 2024.

Em relação a evasões e ao papel dos vigias no hospital, na inspeção de 2018:

A aproximação entre a configuração híbrida de manicômio-prisão, se reforça ao ouvir os relatos de algumas das tarefas designadas à vigilância do hospital. A instituição conta com vigilantes, contratados por empresa terceirizada. Esses profissionais afirmaram que uma das tarefas, quando necessário, é a realização de “captura” (nos casos de tentativa de “fuga”) ou “imobilização” de pacientes. Disseram que, em períodos com muita tentativa de “fugas”, a resposta dada pela instituição é aumentar o número de vigilantes.

Ressalta-se que a vigilância, sob hipótese alguma, deveria cumprir essa função que se confunde com a de agentes penitenciários.

Destaca-se que os pacientes não podem ser confundidos com pessoas presas, o que, por consequência, a tentativa de saída da instituição não pode ser considerada como fuga (termo comumente usado pelos profissionais e internos).

Naquela inspeção, a equipe do Mecanismo encontrou uma Tonfa no armário da vigilância, sendo informado que era “usada para casos que demandem necessidade”.

No diálogo com a direção da unidade, quando perguntado sobre as notícias de “fugas” e como o hospital lidou com isso, foi informado que as medidas tomadas configuravam um reforço dos meios de vigilância para prevenir novas evasões, como aumentar a altura dos alambrados.

Em relação ao contato externo, as visitas de familiares no HSVP podem ser realizadas de segunda a sábado, entre 7h e 19h, mas a maioria das pessoas relatou não receber visitas frequentes. As visitas ocorrem em um espaço denominado Sala de Visitas, onde a equipe do MNPCT também esteve. Em diálogo com profissionais que trabalham no setor, foi informado que ele é composto por 12 servidores (enfermeiros e técnicos de enfermagem), mas que atualmente três profissionais estão de licença por questões de

saúde. A princípio foram contratados para um regime de 20 horas por semana, contudo relataram que acabam trabalhando 40 horas. Esse setor foi reativado em outubro de 2022, atualmente apenas dois servidores realizam atendimentos diariamente, mas avaliam que o ideal seria ter quatro servidores, em decorrência do aumento da demanda.



Fachada externa da sala de visitas.
Fonte: Acervo MNPCT, 2018.

O setor é responsável por agendar as visitas de familiares através de um canal de *WhatsApp*, recebendo os protocolos que são repassados aos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Agendadas as visitas, os servidores “buscam” os/as usuários/as, que destacaram a necessidade da presença de dois servidores para essa tarefa. A atuação do enfermeiro na Sala de Visitas é diferenciada em relação àqueles que trabalham junto aos leitos do hospital. O espaço da Sala de Visitas deveria ser maior, pois, quando os familiares chegam para realizar as visitas, ficam em uma área totalmente descoberta e sem acesso a banheiro.

Chama atenção que o formato da visita no HSVP se aproxima de outros espaços de privação de liberdade, distanciando-se da forma de visitação em hospitais gerais, em que visitantes normalmente adentram o espaço onde seus familiares/amigos estão internados. **A existência de um espaço específico para visitação, apartado do espaço cotidiano de usuários/as, efetivamente significa menor controle social sobre as condições de vida das pessoas internadas.** Semelhante ao que acontece em estabelecimentos penais, usuários são “escoltados” até o local de visitação e as visitas acabam sendo

“supervisionadas” pelos servidores do setor, o que dificulta, por exemplo, que usuários/as denunciem abusos.

Servidores do setor relataram o receio de sofrer agressões de usuários/as, situações em que poderiam se utilizar de contenções físicas, químicas e verbais, fala que corrobora uma percepção de “periculosidade” de pessoas em sofrimento psíquico entre profissionais do hospital, que se vincula diretamente com o uso abusivo e inadequado de meios invasivos e coercitivos como as contenções.

As visitas são a única forma de contato externo no HSVP. A equipe do serviço social é a responsável pela realização de videochamada entre familiares e usuários/as, acompanhando-as integralmente, não sendo garantida a privacidade. **Usuários/as não têm livre acesso aos meios de comunicação, como telefone e celular, e nem a meios de informação, como televisão, rádio e mídia impressa.** Uma usuária relatou, inclusive, que “tomaram o rádio dela”. Outros/as usuários/as também relataram que havia rádio, mas que agora não há mais, e se manifestaram pela volta do rádio e músicas em som ambiente, reportando que isso lhes fazia sentir-se melhores. A privação de acesso aos meios de comunicação viola o Art. 2º, VI, da Lei 10.216/2001.

2.7 Desinstitucionalização

A direção do HSVP relatou que a média de permanência no P.S. é de 11 dias e 26 dias na ala de internação, número próximo àqueles informados posteriormente na documentação enviada pela unidade, que informou uma média de sete dias no P.S. e 30 dias na enfermaria. Contudo, essa média não considera os denominados “moradores”, cuja existência no hospital já evidencia de maneira inequívoca como o modelo asilar/manicomial é prejudicial à construção de autonomia e ao fortalecimento de vínculos comunitários e familiares, gerando mais isolamento social. Certamente, essa situação se torna mais aguda frente às deficiências da RAPS no DF.

Uma informação relevante extraída dos dados socioeconômicos de usuários na listagem de entradas e saídas do hospital entre 01/12/2023 e 29/02/2024, que estava ausente nos dados das pessoas internadas no momento da inspeção, refere-se a internações pretéritas: 51,2% das pessoas que entraram e saíram no período já haviam passado por internações anteriores no hospital. Percebe-se, assim, um padrão de reinstitucionalização no hospital, que também atravessa outros espaços de privação de liberdade - clínicas de

reabilitação, comunidades terapêuticas, prisões e unidades socioeducativas - conforme o relato de vários/as usuários/as já mencionados.

Outra documentação fornecida pelo hospital refere-se ao total de entradas na unidade, informando que 162 pessoas foram admitidas para internação no HSVP entre 18/01/2024 e 18/03/2024, uma média de quase 55 internações novas por mês. Do total de adentrantes, 111 - 68,5% - tiveram alta dentro desses três meses e o restante - 31,5% - ainda permanência internado após esse período.

Conforme informado pelo hospital, **há 12 usuários/as que se encontram residindo no hospital há mais de 12 meses**. No diálogo com os/as profissionais do hospital, ficou evidente que essa situação não se dá pela ausência de esforços de servidores no sentido de encontrar serviços de acolhimento e residência para essas pessoas, mas como consequência do processo de institucionalização - e do consequente rompimento de laços familiares e comunitários - e da falta de resposta da rede de saúde e de assistência social do DF. Não é apenas no HSVP que isso ocorre, em reunião com a Secretaria de Saúde do DF foi informado que, **na enfermaria especializada do Hospital de Base, há 15 pessoas na mesma situação**. Nesse sentido, é urgente que o GDF invista recursos para implementar políticas intersetoriais específicas para a garantia dos direitos das pessoas em situação de institucionalização prolongada, conforme determinado pelo Art. 5, da Lei 10.216/2001:

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

As informações publicizadas neste relatório, coletadas durante a inspeção por meio da observação e diálogo com usuários/as e profissionais e, posteriormente, pela análise de documentos e registros do Hospital fornecidos pela SES-DF, permitem afirmar que **o HSVP pode ser caracterizado como uma instituição asilar**, nos termos do Art. 4º, §3º, da Lei 10.216/2001, por não assegurar a usuários/as a maioria dos direitos previstos no Art. 2º, dentre os quais destacamos:

[...]

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

[...]

- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- [...]
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Se essa constatação não fosse o suficiente para recomendar a necessidade de fechamento do HSVP, como vimos acima, a Lei 975, de 12 de dezembro de 1995, já havia determinado que “Os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializados deverão ser extintos num prazo de 4 (quatro) anos a contar da publicação desta Lei”. No diálogo com gestores do HSVP e da SES, houve um consenso de que o atual modelo assistencial é inadequado para a garantia dos direitos e acesso à saúde de usuários/as da saúde mental e que é urgente um plano de ação de desinstitucionalização e fortalecimento da RAPS, especialmente com a ampliação dos CAPS’s, dos leitos em saúde mental nos Hospitais Gerais e a criação de Residências Terapêuticas.

Profissionais do Hospital destacaram, por exemplo, a importância do Programa “De Volta para Casa” (PVC), que já foi executado na instituição, mas foi descontinuado por não haver equipe suficiente. O referido Programa foi criado pela Lei 10.708/2003, tendo como público-alvo “pessoas acometidas por transtornos mentais, com histórico de internação de longa permanência, a partir de dois anos ininterruptos, em hospitais psiquiátricos ou de custódia”. O seu principal objetivo é implementar o “auxílio à reabilitação”, que “atua para restituir o direito de morar e conviver em liberdade, bem como promover a autonomia e o protagonismo de seus usuários”⁷⁷. Entendemos que o PVC é uma estratégia fundamental para reabilitação social de pessoas institucionalizadas por períodos prolongados no DF⁷⁸. De acordo com dados da DISSAM de 2022, apenas 90 usuários tinham o referido benefício garantido em todo o Distrito Federal⁷⁹

A SES-DF tem tomado medidas no sentido da desmobilização dos leitos psiquiátricos no DF. Nesse sentido, instituiu, por meio da Portaria SES/DF nº 407/2023 a Comissão de Desinstitucionalização em Saúde Mental, “a qual tem como finalidade

⁷⁷ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/programa-de-volta-para-casa>. Acesso em: 23 de abril de 2024.

⁷⁸ A Portaria GM/MS nº 1.108/2021 reajustou o valor do auxílio reabilitação para o valor de R\$500,00. Os procedimentos necessários para inclusão no Cadastro de Beneficiários Potenciais do PVC estão regulamentados na Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS/2017 (Arts. 48 a 63).

⁷⁹ Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Sa%C3%BAde+Mental+em+Dados+-+Junho+de+2022.pdf/17564048-02b5-093e-e1b4-dd023f203874?t=1661350077235>. Acesso em: 23 de abril de 2024.

atuar, no âmbito do Distrito Federal, no processo de desinstitucionalização de pessoas com perfil para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)”⁸⁰. De maneira paralela, em maio deste ano, foi publicada a Ordem de Serviço nº 77/2024, que cria o “Grupo de Trabalho para discussão ampliada sobre a desmobilização dos leitos psiquiátricos em hospitais especializados no DF”. O GT, diferentemente da Comissão, é um grupo interinstitucional, com participação social, e é coordenado pela DISAM. Dos 26 membros do GT, 20 são representantes de órgãos ligados ao executivo federal (gestores e trabalhadores da RAPS), um da Câmara Legislativa do DF e cinco de entidades da sociedade civil organizada. O Grupo de Trabalho tem o prazo de 90 dias para apresentação de um plano de trabalho, podendo ser renovado por igual período.

As competências do GT são centrais no processo de desmobilização dos leitos psiquiátricos do HSVP e entendemos que o plano de ação, produto desse trabalho, precisa dialogar com os anseios e demandas de usuários/as, da sociedade civil organizada e de trabalhadores/as da RAPS.

Art. 2º O Grupo de Trabalho em pauta terá as seguintes competências e atribuições:

1. Elaborar um Plano de Ação para desmobilização dos leitos psiquiátricos em hospitais especializados no DF;
2. Discutir e atualizar as normas e o fluxo assistencial das Urgências e Emergências em Saúde Mental, incluindo transtornos mentais decorrentes do consumo de crack, álcool e outras drogas;
3. Analisar reestruturações necessárias nos processos de trabalho, na força de trabalho que presta assistência em hospitais especializados com leitos psiquiátricos para ser redirecionada para a atuação nos serviços dos CAPS, Hospitais Gerais e demais pontos de atenção da RAPS;
4. Identificar os especialistas existentes no quadro dos hospitais especializados com leito psiquiátrico, em especial o Hospital São Vicente de Paulo - HSVP (médicos psiquiatras e demais profissionais de saúde de nível superior - psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e equipe de enfermagem de saúde mental) da SES-DF, que possam ser redirecionados para a assistência nos serviços de base comunitária e em meio aberto;
5. Eleger os locais de assistência em saúde mental substitutivos aos serviços prestados nos hospitais especializados com leito psiquiátrico no âmbito da SES, redefinido o percurso do cuidado e onde este serviço poderá ser implantado conforme a demanda epidemiológica e vocação destes locais;
6. Definir a nova vocação assistencial do hospital especializado com leito psiquiátrico - Hospital São Vicente de Paulo - HSVP - em consonância com a legislação vigente e os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira;

⁸⁰ A Comissão é coordenada pela DISAM e composta por servidores representantes das seguintes áreas: I - Representantes da Diretoria de Serviços de Saúde Mental; II - Representantes da Gerência de Serviço Social; III - Representantes do CAPS II do Paranoá; IV - Representantes do CAPS II de Taguatinga; V - Representantes do CAPS II do Riacho Fundo; VI - Representantes do CAPS III de Samambaia; VII - Representantes do Hospital São Vicente de Paulo; VIII - Representantes do Hospital de Base do DF; IX - Representantes da Ala de Tratamento Psiquiátrico; X - Representantes da Casa de Passagem - ISM.

7. Produzir materiais técnicos normatizadores para o reordenamento da RAPS do DF e mudança do modelo assistencial em saúde mental.

Esse trabalho de desinstitucionalização e desmobilização de leitos precisa ainda se articular com a ampliação e fortalecimento da RAPS no DF. Alguns passos têm sido dados nesse sentido, mas ainda precisam ser expandidos os investimentos para contemplar a demanda do território. Em reunião com a SES-DF e a Diretoria de Saúde Mental (DISAM), após a inspeção, foi informado que há dois CAPS em construção, um CAPS AD no Gama e um infanto-juvenil, no Recanto das Emas. Além disso, relatou-se que a proposta para a construção de mais três CAPS foi selecionada no âmbito do PAC Saúde, do Ministério da Saúde do governo federal.

Em relação às Residências Terapêuticas (também denominadas de Serviços Residenciais Terapêuticos), que atualmente não existem na RAPS do DF, foi informado pela DISAM que, de acordo com o levantamento da área técnica, são necessárias 143 vagas para atender todos os casos que se enquadram nessa política pública de saúde, mais especificamente, do nível de atenção de desinstitucionalização da RAPS. Para tanto, foi aberto o Edital n.º 18/2023⁸¹ de Chamamento Público para pessoas jurídicas interessadas em se credenciar para prestar SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS – SRT DO TIPO II⁸². O Edital contemplava um total de 100 vagas, contudo, diante da ausência de interessados e/ou a não adequação de interessados nos critérios do edital, apenas uma entidade se credenciou, para duas RT 's, cada uma com 10 vagas. As RT 's têm previsão para serem implementadas esse ano, mas a quantidade de vagas ofertadas ainda está muito aquém da necessidade existente de 143 vagas. Nesse sentido, antes da finalização deste relatório, no dia 10 de julho, foi inaugurada a primeira residência, com vagas para abrigar 10 mulheres egressas de internação de longa permanência⁸³.

A pasta ainda ressaltou que tem realizado um trabalho intersetorial com a Secretaria de Desenvolvimento Social, pois sabe-se que nem todas as pessoas a serem

⁸¹ Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/SEI_GDF+-+126074019+-+Edital+18.2023.pdf/2bf26803-bc8a-9286-9312-f8776d3de192?t=1699276590130. Acesso em: 23 de abril de 2024.

⁸² “O SRT II é a casa dos cuidados substitutivos familiares desta população institucionalizada, muitas vezes, por uma vida inteira. O suporte focaliza-se na reapropriação do espaço residencial como moradia e na inserção dos moradores na rede social existente. Constituída para clientela carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na residência, este tipo de SRT pode diferenciar-se em relação ao número de moradores e ao financiamento, que deve ser compatível com recursos humanos presentes 24h/dia.” Disponível: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso em: 23 de abril de 2024.

⁸³ Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2024/07/10/inaugurada-primeira-residencia-terapeutica-do-df-para-pacientes-psiquiaticos/>. Acesso em: 16 de julho de 2024.

desinstitucionalizadas apresentam demanda para os SRT's, mas sim para os serviços de acolhimento institucional da rede SUAS, seja as unidades de acolhimento ou as residências inclusivas⁸⁴. Contudo, apontou-se para uma resistência de profissionais e especialistas nesses espaços em receber pessoas usuárias dos serviços de saúde mental. Outra questão relatada refere-se à dificuldade de manter as unidades de acolhimento abertas, devido às frequentes decisões judiciais que obrigam seu fechamento, em decorrência de ações civis públicas movidas por moradores contra seu funcionamento em áreas residenciais.

Para além das medidas informadas pela SES-DF, entendemos que é urgente a realização de concurso público para aumento do efetivo de assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas na rede do SUS. Aliado a isso, a melhoria das condições de trabalho dos profissionais da rede, incluindo a garantia de gratificação para os/as trabalhadores/as dos serviços de saúde mental, o que é reivindicado pelas categorias.

Por fim, **ressaltamos a importância de que o processo de desinstitucionalização se dê de forma transparente e sujeita a mecanismos de controle social, em diálogo permanente com a sociedade civil organizada, com os/as trabalhadores e residentes dos serviços de saúde e, principalmente, com os/as usuários/as dos serviços de saúde mental.** Ações de campanhas educacionais para a população, especialmente nos territórios onde se localizarem os SRT's e serviços de acolhimento institucional, sobre os direitos de pessoas em sofrimento psíquico, no intuito de enfrentar sua estigmatização e isolamento social, também são recomendadas.

2.8 Recomendações

Ao Governo do Distrito Federal

1. Que cumpra os termos da Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995, que determinou a extinção dos leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializadas no Distrito Federal;

⁸⁴ “A Residência Inclusiva é uma unidade que oferta Serviço de Acolhimento Institucional, no âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS, para jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar[...]” Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/caderno_residencias_inclusivas_perguntas_respostas_maio2016.pdf. Acesso em: 23 de abril de 2024.

2. Que implemente medidas para a desativação definitiva do Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo - tendo em vista a previsão da Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995 e a constatação de práticas e rotinas institucionais que o caracterizam enquanto instituição asilar, vedado pela Lei 10.216/2001 - por meio ações planejadas em articulação com os serviços da rede de saúde e assistência social do território e em diálogo com os trabalhadores e usuários da RAPS e com a sociedade civil organizada atuante na pauta antimanicomial, tais como:

- a) Fechamento imediato da porta de entrada do Hospital e reelaboração do fluxo assistencial para urgências e emergências em saúde mental;
- b) Redirecionamento dos trabalhadores do Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo para os outros serviços da rede do SUS, garantindo a escuta e protagonismo deles nesse processo de transição;
- c) Mapeamento do perfil das pessoas atualmente internadas no hospital para a identificação dos tipos de serviços necessários para garantir a continuidade da prestação de cuidado aos usuários no âmbito da RAPS;
- d) Identificação dos usuários que necessitam de serviços residenciais da saúde ou assistência social;
- e) Interlocação com a rede dos respectivos territórios para providenciar, no âmbito do processo de desinstitucionalização de usuários, a inscrição/atualização no CadÚnico, conforme a Lei 8.742/1993, inscrição em benefícios socioassistenciais, cadastramento no programa "De Volta para Casa", dentre outros;
- f) Implementação de medidas de formação aos profissionais do Hospital São Vicente de Paulo, desenvolvidas em interlocação com a sociedade civil organizada atuante na pauta antimanicomial no Distrito Federal, para subsidiar as mudanças necessárias nas concepções e trabalhos destes profissionais, em consonância à(s) transformação(ões) do próprio Hospital e à política de desinstitucionalização;
- g) Desinstitucionalização dos usuários do Hospital, com encaminhamento para os serviços do território adequados para garantia da continuidade da assistência, priorizando medidas para o reestabelecimento de vínculos familiares e comunitários;

- h) Identificação de usuários que atualmente estão internados há mais de 12 meses em leitos psiquiátricos em hospitais gerais e implementação de medidas para sua desinstitucionalização;
 - i) Ampliação da implementação do Programa “De Volta para Casa”, com vistas a auxiliar com o processo de desinstitucionalização e reintegração social de usuários com histórico de internação psiquiátrica de longa permanência;
 - j) Ampliação do número de leitos e enfermarias em saúde mental nos Hospitais Gerais;
 - k) Priorização do protagonismo dos usuários da saúde mental no planejamento e implementação de medidas de desinstitucionalização dos serviços de saúde mental do DF;
 - l) Realização de campanhas de conscientização da população do DF sobre os direitos das pessoas com transtorno mental e os princípios da Lei da Reforma Psiquiátrica.
3. Que implemente, com urgência, medidas para a expansão da cobertura da Rede de Atenção Psicossocial do DF, especialmente com a ampliação de CAPS geral ou AD III e implementação de Residências Terapêuticas.

À Secretaria de Saúde do Distrito Federal

4. Que cumpra os termos da Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995, que determinou a extinção dos leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializadas no Distrito Federal;
5. Que implemente medidas para a desativação definitiva do Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo - tendo em vista a previsão da Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995 e a constatação de práticas e rotinas institucionais que o caracterizam enquanto instituição asilar, vedado pela Lei 10.216/2001 - por meio ações planejadas em articulação com os serviços da rede de saúde e assistência social do território e em diálogo com os trabalhadores e usuários da RAPS e com a sociedade civil organizada atuante na pauta antimanicomial, tais como:
- a) Fechamento imediato da porta de entrada do Hospital e reelaboração do fluxo assistencial para urgências e emergências em saúde mental;

- b) Redirecionamento dos trabalhadores do Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo para os outros serviços da rede do SUS, garantindo a escuta e protagonismo deles nesse processo de transição;
- c) Mapeamento do perfil das pessoas atualmente internadas no hospital para a identificação dos tipos de serviços necessários para garantir a continuidade da prestação de cuidado aos usuários no âmbito da RAPS;
- d) Identificação dos usuários que necessitam de serviços residenciais da saúde ou assistência social;
- e) Interlocução com a rede dos respectivos territórios para providenciar, no âmbito do processo de desinstitucionalização de usuários, a inscrição/atualização no CadÚnico, conforme a Lei 8.742/1993, inscrição em benefícios socioassistenciais, cadastramento no programa "De Volta para Casa", dentre outros;
- f) Implementação de medidas de formação aos profissionais do Hospital São Vicente de Paulo, desenvolvidas em interlocução com a sociedade civil organizada atuante na pauta antimanicomial no Distrito Federal, para subsidiar as mudanças necessárias nas concepções e trabalhos destes profissionais, em consonância à(s) transformação(ões) do próprio Hospital e à política de desinstitucionalização;
- g) Desinstitucionalização dos usuários do Hospital, com encaminhamento para os serviços do território adequados para garantia da continuidade da assistência, priorizando medidas para o reestabelecimento de vínculos familiares e comunitários;
- h) Identificação de usuários que atualmente estão internados há mais de 12 meses em leitos psiquiátricos em hospitais gerais e implementação de medidas para sua desinstitucionalização;
- i) Ampliação da implementação do Programa "De Volta para Casa", com vistas a auxiliar com o processo de desinstitucionalização e reintegração social de usuários com histórico de internação psiquiátrica de longa permanência;
- j) Ampliação do número de leitos e enfermarias em saúde mental nos hospitais gerais;

- k) Priorização do protagonismo dos usuários da saúde mental no planejamento e implementação de medidas de desinstitucionalização dos serviços de saúde mental do DF;
 - l) Realização de campanhas de conscientização da população do DF sobre os direitos das pessoas com transtorno mental e os princípios da Lei da Reforma Psiquiátrica.
6. Que realize, com urgência, concurso público para aumento do efetivo de profissionais da assistência social, psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia na rede do SUS do DF;
 7. Que tome as medidas necessárias para a melhoria das condições de trabalho dos profissionais da rede pública de saúde do DF, incluindo a garantia de gratificação para os/as trabalhadores/as dos serviços de saúde mental;
 8. Que implemente, com urgência, medidas para a expansão da cobertura da Rede de Atenção Psicossocial do DF, especialmente com a ampliação de CAPS geral ou AD III, Unidades de Acolhimento e implementação de Residências Terapêuticas;
 9. Que garanta o controle e participação social na implementação dos serviços de residência terapêutica e na capacitação de seus profissionais;
 10. Que fiscalize regularmente os protocolos de contenção mecânica implementados nos serviços do SUS do DF - inclusive nas Unidades de Pronto Atendimento e SAMU - e realize treinamentos periódicos dos profissionais da rede para a prevenção do uso abusivo de contenções e de práticas de tortura e outros tratamentos desumanos, cruéis ou degradantes na realização de contenções.

À Direção do Hospital São Vicente de Paulo

11. Que implemente medidas para a desativação definitiva do Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo - tendo em vista a previsão da Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995 e a constatação de práticas e rotinas institucionais que o caracterizam enquanto instituição asilar, vedado pela Lei 10.216/2001 - por meio ações planejadas em articulação com os serviços da rede de saúde e assistência social do território e em

diálogo com os trabalhadores e usuários da RAPS e com a sociedade civil organizada atuante na pauta antimanicomial, tais como:

- a) Fechamento imediato da porta de entrada do Hospital e reelaboração do fluxo assistencial para urgências e emergências em saúde mental;
- b) Redirecionamento dos trabalhadores do Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo para os outros serviços da rede do SUS, garantindo a escuta e protagonismo deles nesse processo de transição;
- c) Mapeamento do perfil das pessoas atualmente internadas no hospital para a identificação dos tipos de serviços necessários para garantir a continuidade da prestação de cuidado aos usuários no âmbito da RAPS;
- d) Identificação dos usuários que necessitam de serviços residenciais da saúde ou assistência social;
- e) Interlocução com a rede dos respectivos territórios para providenciar, no âmbito do processo de desinstitucionalização de usuários, a inscrição/atualização no CadÚnico, conforme a Lei 8.742/1993, inscrição em benefícios socioassistenciais, cadastramento no programa "De Volta para Casa", dentre outros;
- f) Implementação de medidas de formação aos profissionais do Hospital São Vicente de Paulo, desenvolvidas em interlocução com a sociedade civil organizada atuante na pauta antimanicomial no Distrito Federal, para subsidiar as mudanças necessárias nas concepções e trabalhos destes profissionais, em consonância à(s) transformação(ões) do próprio Hospital e à política de desinstitucionalização;
- g) Desinstitucionalização dos usuários do Hospital, com encaminhamento para os serviços do território adequados para garantia da continuidade da assistência, priorizando medidas para o reestabelecimento de vínculos familiares e comunitários;
- h) Identificação de usuários que atualmente estão internados há mais de 12 meses em leitos psiquiátricos em hospitais gerais e implementação de medidas para sua desinstitucionalização;

- i) Ampliação da implementação do Programa “De Volta para Casa”, com vistas a auxiliar com o processo de desinstitucionalização e reintegração social de usuários com histórico de internação psiquiátrica de longa permanência;
- j) Ampliação do número de leitos e enfermarias em saúde mental nos hospitais gerais;
- k) Priorização do protagonismo dos usuários da saúde mental no planejamento e implementação de medidas de desinstitucionalização dos serviços de saúde mental do DF;
- l) Realização de campanhas de conscientização da população do DF sobre os direitos das pessoas com transtorno mental e os princípios da Lei da Reforma Psiquiátrica.

12. Que fiscalize regularmente os protocolos de contenção mecânica implementados no hospital e realize treinamentos periódicos dos profissionais para a prevenção do uso abusivo de contenções e de práticas de tortura e outros tratamentos desumanos, cruéis ou degradantes na realização de contenções.

À Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal

13. Que atue em conjunto com a SES-DF para identificação de usuários do Hospital São Vicente de Paulo que tenham demanda para encaminhamento para serviços de acolhimento e residências inclusivas, desenvolvendo ações de conscientização e treinamento junto aos profissionais desses serviços para receber esse público;

14. Que atue de maneira intersetorial com a SES-DF para promover e fortalecer o processo de desinstitucionalização dos serviços de saúde mental do DF, assegurando a garantia de acesso e usufruto por parte das pessoas internadas no Hospital São Vicente de Paulo, dos serviços, programas e benefícios cabíveis.

Ao Ministério Público do Distrito Federal

15. Que atue para fiscalizar e promover os direitos individuais e coletivos dos usuários do Hospital São Vicente de Paulo, principalmente no sentido de garantir o cumprimento da Lei distrital nº 975/1995 e a desinstitucionalização dos serviços da saúde mental do DF, em consonância com a Lei federal 10.216/2001;



16. Que atue para fiscalizar e coibir abusos e indícios de prática de tortura e outros tratamentos desumanos, cruéis e degradantes na aplicação de contenções mecânicas no Hospital São Vicente de Paulo.



**ANEXO – REGIMENTO INTERNO DA COMUNIDADE
TERAPÊUTICA SALVE A SI – INSTITUTO EU SOU**

Regimento Interno - Salve a Si

A BOA CAMINHADA BASEIA-SE EM:

- Honestidade, Mente-Aberta e Boa-Vontade.
- Comunicação positiva e construtiva, focada na recuperação.
- Atitudes centradas no bem comum.
- Convivência respeitosa com todo o grupo.
- Dedicção, determinação e iniciativa.
- Ouvir para aprender.
- Identificar e reconhecer as próprias falhas de caráter.
- Promover a ajuda mútua e o amor ao próximo.
- Formular e fomentar ideais de crescimento.
- Ser sincero ao falar, evitando, porém, a franqueza brutal.
- Força, Fé e Esperança.
- Interesse em perdoar e ser perdoado, amar e ser amado.
- Concentrar-se no tratamento e desligar-se das coisas externas.
- Pedir ajuda sempre.
- Desejar viver LIMPO e em recuperação.

SALVE A SI – CENTRO DE ACOLHIMENTO PARA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E ALCOOLISMO

MANUAL DE ORIENTAÇÃO DO CANDIDATO

1.INTRODUÇÃO:

Nosso programa é voltado para a recuperação, não só do indivíduo portador da doença dependência química (**Organização Mundial de Saúde, CID-10**), mas também dos seus familiares.

De início, todos deverão passar pelas reuniões de grupo e/ou pela triagem em nossa casa de apoio, ou em atendimento especializado do governo que encaminha para acolhimento em nossa entidade a fim de que recebam as informações necessárias à compreensão e aceitação das normas e regulamentos, bem como do cronograma de atividades oferecidas pela SALVE A SI.

Nosso trabalho evolui a equipe de acolhimento, o acolhido e a família, pois a doença, embora não seja contagiosa, é contagiante, e afeta o universo familiar como um todo, gerando padrões de comportamentos codependentes que, caso não sejam modificados, dificultam e até inviabilizam a recuperação.

A rotina diária, que envolve atividades e horários a serem cumpridos, visa a conduzir o acolhido a se autodisciplinar e valorizar o tempo, as pessoas e as coisas ao seu redor.

A SALVE A SI, agradece a sua confiança em nosso programa de recuperação, e saúda a sua presença entre nós.

Seja bem vindo!

ONG SALVE A SI

Centro de Tratamento para Dependência Química e Alcoolismo, unidade masculina.
CNPJ: 11.208.669/0001-90 Fazenda Lages nº 9, Zona Rural – Cidade Ocidental GO,
CEP: 72.880-000, Site: www.salveasi.org.br E-mail: info@salveasi.com.br
Fones: (61) 9 9604-3380 / (61) 9 9597-8784 / (61) 9 9630-4809

2. PROPOSTA DE ACOLHIMENTO

O acolhimento é feito em regime de residência voluntária, com duração mínima de seis meses, podendo ser prolongado por até 1 ano. Até o terceiro mês, predomina aquilo que chamamos de desintoxicação inicial, com permanência integral do acolhido na comunidade. Durante esta etapa, o mesmo não pode ausentar-se da Casa, exceto por razões médicas, judiciais e/ou trabalhistas. Após esse período, o acolhido passará três dias em casa, com seus familiares ou responsáveis, entre a sexta-feira e a segunda subsequente ao terceiro mês completo. O horário de retorno à comunidade vai até 12:00. No quarto mês, outros três dias em casa, no quinto mês, três dias em casa, e no sexto mês dar-se a conclusão do Acolhimento. Estas saídas terapêuticas tem por objetivo a preparação do retorno à sociedade (Ressocialização).

A metodologia por nós utilizada combina aspectos cognitivos e comportamentais, espiritualização e princípios terapêuticos, especificamente voltados para a recuperação de dependentes de álcool e outras drogas.

No período de Acolhimento, o tratamento busca ressaltar:

- O desejo pessoal de se recuperar.
- A eliminação de qualquer tipo de justificativa para retorno ao uso.
- A valorização da disciplina e do respeito a si mesmo e aos outros.

3. OBJETIVOS

Dar condições para que a pessoa efetue as mudanças necessárias à manutenção de um estilo de vida livre de drogas. Em seguida, viabilizar o retorno consciente do acolhido à família e à sociedade.

4. ATIVIDADES TERAPÊUTICAS

- Atividades de desenvolvimento da espiritualidade
- Grupos de Apoio: AE, NA, AA (12 Passos)
- Atividades em Grupo.
- Atendimentos Individuais e/ou em Grupo.
- Atividades de capacitação, de promoção da aprendizagem, formação e as atividades práticas inclusivas.
- Atividades Culturais, Esportivas e Recreativas.
- Atividades de promoção do autocuidado e da sociabilidade

5. CONDIÇÕES PARA PERMANECER NO PROGRAMA

- a) - Desejar verdadeiramente se recuperar dos vícios
- b) - Aceitar nossa proposta de seis meses a 1 ano de acolhimento.
- c) - Participar ativamente da filosofia da Instituição: Espiritualidade, Trabalho, Disciplina e Terapias Alternativas, incluindo os Doze Passos de AE, NA, AA, além de todas as atividades terapêuticas que forem sugeridas (item 4).

6. É DE RESPONSABILIDADE DE TODOS

- a) - Zelar para que não ocorra ingresso nem uso de bebidas e/ou drogas na Instituição.

- b) - Relacionar-se com respeito, ajuda mútua, estímulo e cooperação.
- c) - Respeitar a disciplina interna e a individualidade de cada companheiro.
- d) - Zelar pelo patrimônio da nossa Comunidade.

7.OBJETOS PESSOAIS/HIGIENE/ROUPAS:

É de responsabilidade da família e/ou responsável providenciar o que for solicitado, quanto a objetos pessoais, de higiene e roupas.

As roupas deverão ser identificadas com as iniciais do nome do residente (à prova D'água). Não nos responsabilizamos por furtos de pertences.

Não é permitida a troca de objetos pessoais, de higiene, roupas e/ou cigarros entre os acolhidos. Cada um deve utilizar e preservar o que é seu.

8. DINHEIRO/CONTRIBUIÇÃO MENSAL:

Em hipótese alguma é permitido que o interno mantenha qualquer valor (\$) em seu poder. A violação desta regra provoca exclusão automática do acolhimento.

9. COMUNICAÇÕES:

- a)- Cartas: O acolhido tem o direito de receber e/ou enviar cartas uma vez por semana conforme determinação da equipe.
- b)- Em situações de extrema urgência, a equipe entrará em contato com o responsável pelo acolhido e vice-versa.
- c)- Telefonemas: Comunicações telefônicas de 15 em 15 dias.

10. DIREITOS DO ACOLHIDO:

Os direitos do acolhido, abaixo relacionados, foram transcritos do Código de Ética da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT):

- a) – Receber, por escrito, a orientação e os objetivos do acolhimento, bem como as regras existentes na Comunidade Terapêutica, declarando de modo explícito sua concordância com eles. Qualquer modificação nas determinações acima deverá ser comunicada com a necessária antecedência.
- b) – Ter um acolhimento digno, respeitoso e seguro, independentemente de raça, credo religioso ou político, nacionalidade, opção sexual, antecedentes criminais ou situação financeira.
- c) – Viver em um ambiente sadio e livre de droga, sexo, descaso e violência.
- d) – Estar protegido em relação a castigos físicos e/ou violências psíquicas ou morais.
- e) – Ter conhecimento antecipado das contribuições que deverá efetuar e dos procedimentos deles esperados.
- f) – Receber **VISITA** da família e/ou responsável, uma vez por mês, dentro dos limites da Instituição, conforme normas para visitas da comunidade.

11. ATENDIMENTO MÉDICO E/OU ODONTOLÓGICO E JUDICIÁRIO:

- a) – Em caso de enfermidades, é responsabilidade da equipe comunicar à família, que deverá providenciar a condução do interno ao médico e/ou dentista, salvo em caso de emergência médica, que fica a cargo da instituição.
- b) – A família compromete-se, em tais situações, a conduzir o acolhido diretamente ao médico e/ou dentista e trazê-lo de volta à comunidade tão logo o atendimento seja efetuado.
- c) – O acolhido que esteja respondendo a processo e, por intimação judicial, tiver que se apresentar em juízo deverá ser acompanhado por familiar ou responsável, retornando à instituição imediatamente após sua liberação.
- d) – O desrespeito aos compromissos citados nos itens “b” e “c”, ou seja, havendo desvio de percurso ou alteração de objetivo na ida do acolhido ao médico/dentista/justiça, como, por exemplo, sair para passear ou visitar amigos, parentes ou a própria residência, assim como aproveitar a oportunidade para realizar compras ou atender a desejos pessoais (dirigir, namorar, comer fora etc.); são fatos graves e poderão resultar em advertência ou exclusão do acolhido.
- e) – Nos casos médicos e/ou odontológicos em que a saúde do interno exija internação para tratamento ou repouso, controle de medicamentos, dieta alimentar entre outros, o acolhido poderá ser desligado temporariamente do programa, mantendo seu direito à vaga na comunidade.
- f) – Em casos de urgência no atendimento, a instituição assumirá a responsabilidade pelo pronto socorro, avisando em seguida, à família, para que tomem as providências necessárias.

12. DESLIGAMENTO DO PROGRAMA

- a) – Para desligar-se do programa, o acolhido, independente do tempo na comunidade, deverá comunicar à equipe de acolhimento com 48 horas de antecedência, e juntos decidirão o motivo desta tomada de atitude, cabendo ao acolhido a decisão de optar ou não pela desistência.
- b) – A família será comunicada, caso o acolhido opte pela desistência e, se a família quiser buscá-lo, deverá comunicar a coordenação para que possa ser autorizado o seu comparecimento na SALVE A SI
- c) – Caso a família não possa comparecer, o acolhido será dispensado para seguir seu caminho pelos seus próprios meios.
- d) – A Instituição não se responsabiliza pelo transporte do residente que, por qualquer motivo, esteja se desligando do programa.
- e) – Enquanto aguarda seu desligamento do programa, é **ABSOLUTAMENTE NECESSÁRIO** continuar participando de todas as atividades e, caso prejudique a disciplina, será **SUMARIAMENTE EXCLUÍDO**.

13. MOTIVOS PARA EXCLUSÃO

- a) – Usar drogas e/ou álcool na Instituição.
- b) – Reincidir no descumprimento das normas internas e não participar em qualquer atividade proposta, sem motivo justo.
- c) – Praticar atos obscenos ou manter relações sexuais.

- d) – Lançar mão de objetos que não lhe pertencem.
- e) – Usar álcool e/ou drogas fora da comunidade, como também qualquer atitude que venha depor contra a proposta e a integridade pública da Instituição, em momentos das saídas diversas: Grupos de Apoio (AE,AA,NA), consulta médica/odontológica, participação em eventos, intimação judicial, etc.
- f) – Agredir fisicamente, desrespeitando outro acolhido ou a equipe de tratamento.
- g) – Incitar atos de rebeldia ou participação voluntária nos mesmos.
- h) – Guardar dinheiro consigo.
- i) – Motivos outros: A equipe de acolhimento se reunirá para avaliação.

14. TERMINO DO PROGRAMA

A comemoração será realizada no segundo domingo do mês em que o interno completar 6 (seis) meses de acolhimento.

15. NORMAS PARA VISITAS AOS ACOLHIDOS

- 1) – Estão autorizados a participar da confraternização apenas parentes diretos do acolhido, responsáveis, pelo seu acolhimento ou coordenadores de grupos de apoio que queiram assumir ou ajudar o acolhido que não tenha família.
- 2) – Sugerimos que a escolha dos parentes considere àquelas pessoas que se interessam verdadeiramente pelo acolhido e que poderão ajudá-lo no programa e, principalmente, na reintegração à sociedade.
- 3) – Estão autorizados a receber a visita da família os acolhidos que já completaram 30 dias de acolhimento
- 4) – As visitas serão realizadas no segundo Domingo de cada mês.
- 5) – Só poderão participar da confraternização as pessoas acima qualificadas que tenham participado de, no mínimo, 3 (três) reuniões do grupo de apoio.
- 6) – Se a equipe de acolhimento verificar qualquer irregularidade no dia da visita quanto aos parentes presentes, terá direito a convidar a pessoa a se retirar e suspender a visita do próximo mês para a família.
- 7) – É solicitado, insistentemente, o respeito e a sobriedade no vestir. É proibido o uso de minissaias, shorts, roupas decotadas e justas.
- 8) – Solicitamos a colaboração de todos para que os horários sejam rigorosamente respeitados:
13:00 hs – Chegada a SALVE A SI e início da confraternização entre familiares e internos.
18:00 hs – Término da visita na SALVE A SI.
- 9)-É proibido aos familiares e/ou responsáveis, bem como aos acolhidos, usar Telefone Celular dentro da Instituição.

10)– É rigorosamente proibido aos visitantes tomar banho. Os familiares adultos **SERÃO ADVERTIDOS** e poderão ser proibidos de realizar nova visita a SALVE A SI, caso deixem alguma criança descumprir esta norma.

11) – Por motivo de segurança, os pais não devem deixar as crianças brincar/passear sozinhas perto do rio, piscina e etc...

12) – A SALVE A SI, não se responsabiliza por qualquer acidente que porventura aconteça dentro dos limites de sua Instituição aos familiares e/ou responsáveis, inclusive crianças.

13) – Todos os visitantes, inclusive as crianças, devem participar do momento de grupo, com o respeito adequado à ocasião.

REGULAMENTO INTERNO

I – DA FINALIDADE

Art. 1º - A SALVE A SI, visa à promoção do acolhimento a dependentes químicos, do sexo masculino, em regime de acolhimento terapêutico e o acompanhamento terapêutico familiar, mediante atendimento individual e/ou grupal.

II – DO ACOLHIMENTO

Art. 2º - Terão direito ao acolhimento na SALVE A SI, indivíduos com problemas de dependência química (álcool ou drogas), que estejam engajados no Programa de Recuperação, com a respectiva triagem necessária.

Art. 3º - O acolhimento ocorrerá após a realização dos exames médicos exigidos pela da Comunidade e avaliação biopsicossocial do dependente. Além dos exames, o dependente deverá providenciar consulta com médico psiquiatra para obtenção de laudo de saúde mental, bem como parecer odontológico com tratamento dentário realizado (quando solicitado pela CT).

Art. 4º - Este é um acolhimento voluntário. Portanto, cabe ao próprio acolhido cooperar com o cumprimento das normas da instituição.

III – DA ORGANIZAÇÃO E MANUTENÇÃO

Art. 5º - A administração da SALVE A SI, será de responsabilidade da Direção da mesma e dos Responsáveis técnicos nomeados pela Presidente a **Sra. Alexandra Bezerra de Brito e/ou diretores por ela designados**, com a colaboração da Equipe e dos respectivos Voluntários que assim forem delegadas funções administrativas.

Art. 6º - A responsabilidade pela indicação dos prováveis acolhidos e pelo controle de ocupação de vagas na Comunidade será dos Responsáveis técnicos nomeados pela Presidente a **Sra. Alexandra Bezerra de Brito e/ou diretores por ela designados**, com a colaboração da Equipe e dos respectivos Voluntários que assim forem delegadas funções de acolhimento voluntário.

Art. 7º - Ao dependente acolhido na Comunidade, nada lhe será cobrado, já que a possuímos contrato de acolhimento órgãos públicos.

Art. 8º - Os recursos oriundos da taxa mensal destinar-se-ão à manutenção da própria SALVE A SI, e doações podem ser solicitadas aos familiares que não tem obrigação nenhuma em doar, e que em nada altera o acolhimento de seu ente querido conosco.

Art. 9º - Compete a Coordenação:

- a) Recepcionar o novo acolhido, apresentá-lo ao grupo, dar-lhe conhecimento do regulamento interno da comunidade ou designar um monitor para realizar estas tarefas;
- b) Fazer a revista nos pertences individuais do novo acolhido, a fim de evitar a entrada de drogas na comunidade, armas e/ou objeto cortante.
- c) Representar a comunidade nos eventos externos, mantendo a diretoria informada dos acontecimentos na fazenda.
- d) Tomar decisões de caráter administrativo junto com a Diretoria da Comunidade no que diz respeito à manutenção de bens, cronograma de trabalho e de cuidados aos acolhidos;
- e) Supervisionar o trabalho do Auxiliar e dos Monitores e fazer a avaliação de desempenho de cada um;
- f) Fazer a avaliação periódica do grupo de acolhidos e desenvolver novas dinâmicas de trabalho.
- g) Proporcionar aos acolhidos oportunidades de participação em encontros religiosos, cursos oferecidos por grupos de apoio, palestras, seminários, e em todo tipo de evento que aborde temas relacionados com a recuperação.
- h) Zelar pela filosofia da comunidade, trabalhando dentro dos preceitos morais e éticos, para que nada comprometa a evolução da caminhada dos acolhidos.
- i) Manter atualizados os relatórios da comunidade, livro de ata interno diário, fichas de evolução individuais, dos acolhidos (disponíveis para leitura da evolução do quadro do residente por ele e pela família e/ou responsáveis a qualquer momento conforme art. IV da RDC 029-ANVISA), bem como o PAS- PLANO DE ATENDIMENTO SINGULAR e controle da dispensa;
- k) Recepcionar os visitantes e apresentar a Proposta Terapêutica da Instituição (projeto terapêutico ou plano de acolhimento), quando for solicitado;
- l) Em ocasiões de visitas especiais, apresentar o grupo de acolhidos, mostrar as dependências da comunidade, explicar o trabalho realizado para a recuperação dos dependentes ou designar um auxiliar para esta tarefa;

- m) Reunir-se, com os familiares dos acolhidos, nos dias das visitas mensais, para fazer a avaliação individual da caminhada de cada acolhido de forma sistêmica de acordo com a necessidade ou a solicitação de algumas das partes;
- n) Dar entrevista à imprensa, autorizar filmagens e selecionar aos acolhidos interessados em prestar depoimentos de forma a manter o anonimato pessoal de cada um e somente mediante autorização por escrito de uso de imagem do acolhido;
- o) Reunir-se periodicamente com os Monitores e equipe técnica para avaliação do trabalho da equipe;
- p) Colocar em prática o cronograma de atividades proposto pela diretoria e sempre que necessário implantar novas atividades que possam motivar o grupo.

Art. 11º - Compete ao Auxiliar da Coordenação (monitores), sempre supervisionado pelos RT'S da CT:

- a) Auxiliar o Coordenador, devendo sempre consultá-lo sobre iniciativas pessoais, sugestões e alterações das atividades propostas, procurando sempre buscar o aprimoramento da Comunidade e o crescimento dos acolhidos.
- b) Emitir relatórios das atividades desenvolvidas na Comunidade, bem como sobre as pendências e alterações ocorridas;
- c) Fazer as escalas de tarefas, observando que todos os acolhidos passem por todas as atividades da Comunidade;
- d) Fiscalizar o andamento dos trabalhos dos acolhidos;
- e) Reunir-se com o 1º Coordenador para avaliação do grupo de acolhidos;
- f) Fiscalizar todas as dependências da Comunidade;
- g) Observar se todos os acolhidos estão presentes nas atividades da Comunidade, verificando se o motivo da ausência de algum é justificado por enfermidade, designação para atividade especial ou saída autorizada;

- h) Acompanhar o trabalho dos demais Monitores, tornando-se apto para substituí-lo em caso de necessidade;
- i) Responder por: cadastro e fichas dos acolhidos, patrimônio (mobiliário e equipamentos), controle de estoque da dispensa, controle de estoque da farmácia, distribuição e controle de cigarros, etc.
- j) Cumprir a escala da semana no que se refere aos serviços do Campo, limpeza de todas as dependências físicas e criações da Fazenda;
- l) Designar as áreas de trabalho no campo, fiscalizar, acompanhar e avaliar o desempenho nos serviços.
- m) Responder pela casa, fiscalizar as roupas, área dos varais e controlar a organização da cozinha.

Art. 12º - Compete a Equipe:

- a) Zelar pelo respeito mútuo entre os residentes, independentemente de credo, raça, tempo de caminhada ou experiência pessoal;
- b) Zelar pela ajuda mútua entre todos os membros da equipe, visando o bom andamento dos trabalhos e o crescimento do grupo;
- c) Cumprir e fazer cumprir todas as normas deste regulamento.

V – DOS DIREITOS E DEVERES DOS ACOLHIDOS

*****Sempre em consonância com a RDC 029 ANVISA e o MARCO REGULATÓRIO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (UNIAD 2015)**

Art. 13º - Enquanto acolhido na **SALVE A SI**, o acolhido tem direitos e deveres.

§ 1º - São Direitos do acolhidos:

- a) Expor opiniões positivas;
- b) Expor sentimentos;
- c) Ser tratado digna e respeitosamente;
- d) Livre expressão de sugestões para melhoria do grupo;
- e) Livre escolha de credo e participação em atividades religiosas sem obrigação alguma em participar;
- f) Sair da comunidade com permissão;

- g) Colher informações;
- h) Corrigir seus semelhantes gentilmente;
- i) Usar a casa de forma favorável;
- j) Participar dos trabalhos ou qualquer atividade proposta pela casa.

§ 2º - São Deveres do acolhido:

- a) Zelar pela conservação dos bens móveis da Comunidade;
- b) Respeitar a privacidade e o descanso dos demais;
- c) Apagar as luzes durante o dia e no horário conforme cronograma;
- d) Colocar as roupas usadas de molho no sabão para serem lavadas;
- e) Lavar toda a roupa suja no final de semana;
- f) Trocar as roupas de cama, obrigatoriamente, de 07 em 07 dias, mesmo estando com aparência de limpas;
- g) Comunicar problemas internos dos quartos e dos demais acolhidos ao monitor;
- h) Cumprir os horários estabelecidos na Comunidade;
- i) Cumprir as tarefas que lhe são passadas;
- l) Aceitar determinações da Diretoria, Coordenação e Monitoria;
- m) Tomar conhecimento e cumprir todas as normas contidas neste regulamento;
- n) Cumprir as prescrições destas instruções e das normas estabelecidas pela Administração.

VI – DAS PROIBIÇÕES AOS ACOLHIDOS

Art. 14º - É expressamente proibido na Comunidade:

- a) Criar intrigas com a Diretoria, coordenação, monitores, **acolhidos**, família ou visitantes;
- b) Sair da fazenda sem autorização;
- c) Apropriar-se de bens alheios o próximo;
- d) Incitar brigas, fazer ameaças e usar de violência;
- e) Sexo e atos libidinosos ofensivos ou não;
- f) Incentivar ou fazer apologia ao uso de drogas;
- g) Maltratar animais;
- h) Fazer pronunciamentos dando maus exemplos para o grupo;
- i) Não retornar das saídas no prazo estipulado;
- j) Não aceitar as coisas como elas são e querer insistentemente que sejam a sua maneira;

- l) Fumar no interior de todos os cômodos da casa;
- m) Levar rádio, toca-fitas e alimentos para os quartos;
- n) Deixar roupas sujas espalhadas pelo quarto (o que for encontrado será recolhido para doação).

VII – DAS ATRIBUIÇÕES DOS ACOLHIDOS

Art. 15º - Enquanto acolhidos na **SALVE A SI**, terão tarefas a cumprir, para a utilização das dependências da Comunidade e manutenção da higiene e limpeza.

§ 1º - Limpeza e manutenção dos banheiros:

- a) sempre que usar o banheiro, fechar a porta;
- b) não jogar papel higiênico no vaso;
- c) quando o banheiro estiver ocupado, não incomodar à porta;
- d) sempre que usar o banheiro, abrir as janelas para ventilação;
- e) não urinar no chão e, se o fizer, limpar imediatamente;
- f) sempre que fizer a barba, deixar a pia limpa;
- g) após o banho, não deixar o piso do banheiro molhado;
- h) Manter a tampa do vaso levantada na hora de urinar, caso contrário, sentar-se para fazê-lo;
- i) será responsável pela limpeza do banheiro a pessoa escalada para a limpeza do quarto;
- j) o piso do banheiro, vaso, pias, espelhos e azulejos, deverão ser limpos diariamente com sabão em pó e desinfetante;
- l) todos os acolhidos são responsáveis pela manutenção da limpeza dos banheiros.

§ 2º - Limpeza e manutenção dos Quartos

- a) Manter o quarto sempre arrumado e limpo;
- b) varrer em baixo da cama;
- c) passar um pano bem molhado com produto apropriado cedido pela casa;
- d) lavar o pano e secar o piso;
- e) Tênis e sapatos só serão permitidos nos quartos se estiverem limpos e guardados de maneira organizada;
- f) arrumar a cama sempre que necessário;
- g) não deixar objetos pessoais em cima da cama;
- h) não pendurar roupas nas cabeceiras das camas;
- i) não deixar calçados debaixo das camas;
- j) manter roupas dobradas e organizadas dentro dos armários.

VIII – DAS CONSEQUÊNCIAS

Art. 16º - As infrações a este regulamento acarretarão consequências, desde a medidas disciplinares a advertência ou a exclusão da **SALVE A SI**.

Art. 17º - As Consequências aplicáveis são as seguintes:

- a) advertência verbal;
- b) 2 advertências escritas (REMOVÍVEIS OU NÃO);
- c) exclusão da Comunidade, após três advertências.

Parágrafo Único – O acolhido poderá ser excluído com advertência única, dependendo do nível da falta cometida e a critério do Administrativo da Entidade.

IX – DAS VISITAS AOS ACOLHIDOS

Art. 18º – Completados o mínimo de 30 (trinta) dias de acolhimento, o acolhido poderá receber visita de seus familiares no dia da visita a todos os acolhidos;

§ 1º - A visita se fará no segundo domingo de cada mês;

§ 2º - O número máximo de visitantes será de 04 (quatro) pessoas por acolhido, solicitando aumento de visitantes com antecedência podemos autorizar;

§ 3º - Para se habilitar a visitar o acolhido, o familiar deverá trazer autorização de vista do Grupo de Apoio, durante o mês;

§ 4º - Qualquer visita não autorizada fora destas datas e critérios ensejará penalidade ao acolhido, a critério dos Diretores e/ou Coordenador. Nos dias de visita não é permitida a saída terapêutica dos acolhidos;

§ 5º - Os demais critérios para visitantes serão expostos nas reuniões anteriores as visitas conforme decisão do Administrador da SALVE A SI.

X – DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19º - O dependente reincidente, advindo de outra Comunidade Terapêutica, somente poderá ser acolhido após um período de 01 (UM) ano de convivência na **SALVE A SI**;

Art. 20º - O dependente que abandonar o tratamento na **SALVE A SI** só terá direito à nova internação após 06 (seis) meses contados a partir da data de sua saída da Comunidade, e de avaliação da situação geral do mesmo realizada pela equipe da **SALVE A SI**;

Art. 21º - O dependente que for excluído por falta grave (violência física ou verbal, sexo ou uso de drogas) da Comunidade não terá direito a novo acolhimento;

Art. 22º - Os casos omissos nestas normas serão resolvidos pela Diretoria da SALVE A SI.

Avisamos que procuramos atuar dentro das legislações pertinentes às comunidades terapêuticas, portanto a RDC 029 e o Marco regulatório das Comunidades Terapêuticas (UNIAD 2015), são as Normativas na lei que atualmente regulamenta e legitima nossas ações.

Normas sujeitas a alterações pela Diretoria e Equipe - SALVE A SI.

Ano. 2018

“ A DOR QUANDO NÃO A COMPREENDEMOS NOS DILACERA, ENTENDEDO SEUS FINS ELA NOS APERFEIÇO.A.”

Proverbio Oriental



SalveaSi
Cidade Ocidental (GO), 01 de janeiro de 2023.
Centro de Tratamento para Dependência Química

José Henrique França Campos
ONG Salve a Si – Presidente
CPF: 666.596.391-87