

# INFORME DE LA INSPECCIÓN NACIONAL EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

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

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

CONSEJO FEDERAL DE PSICOLOGÍA  
MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN Y COMBATE A LA TORTURA  
PROCURADURÍA FEDERAL DE LOS DERECHOS DEL CIUDADANO/MINIS-  
TERIO PÚBLICO FEDERAL

# INFORME DE LA INSPECCIÓN NACIONAL EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS - 2017

1ª EDICIÓN



**PFDC**  
Procuradoria Federal  
dos Direitos do Cidadão

**MPF**  
Ministério Público Federal

BRASILIA - DF

2018

**CRÉDITO DE LAS FOTOS:**

**PORTADA:** superposición de fotos de Paulo H. Carvalho/CFP

**APERTURA ÍTEM 1:** Paulo H. Carvalho/CFP

**APERTURA ÍTEM 2:** MPF/RJ

**APERTURA ÍTEM 3:** Paulo H. Carvalho/CFP

**APERTURA ÍTEM 4:** MPF/RJ

**Plenario responsable de la publicación Consejo Federal de Psicología XVII plenario Gestión 2016-2019**

**Dirección**

Rogério Giannini – *Presidente*  
Ana Sandra Fernandes  
Arcoverde Nóbrega –  
*Vicepresidente*  
Pedro Paulo Gastalho de  
Bicalho – *Secretario*  
Norma Celiane Cosmo –  
*Tesorera*

**Consejeras/os Efectivas/os**

Iolete Ribeiro da Silva  
*Secretaria Región Norte*  
Clarissa Paranhos Guedes  
*Secretaria Región Nordeste*  
Marisa Helena Alves  
*Secretaria Región Centro-Oeste*  
Júnia Maria Campos Lara  
*Secretaria Región Sudeste*  
Rosane Lorena Granzotto  
*Secretaria Región Sul*  
Fabián Javier Marin Rueda  
*Consejero Invitado*  
Célia Zenaide da Silva  
*Consejera Invitada*

**Consejeras/os Alternas/os**

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

**Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT)**

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

**Equipo de inspección**

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

**Ministerio Público Federal Procuraduría Federal de los Derechos del Ciudadano**

**Procurador Federal de los Derechos del Ciudadano**

Deborah Duprat

**PFDCs Adjuntos**

Domingos Dresch  
Marlon Weichert  
João Akira Omoto

**Equipo de inspección**

*Membros MPF:*

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

*Soporte técnico:*

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

Se permite la reproducción de esta publicación, siempre que la fuente no se modifique y con la debida citación. También disponible en: [www.cfp.org.br](http://www.cfp.org.br) y [pfdc.pgr.mpf.mp.br](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br)

### **1ª EDICIÓN - 2018**

**PROYECTO GRÁFICO** - Agência Movimento

**MAQUETACIÓN** - Agência Movimento

**REVISIÓN** - Carolina Magalhães Rocha, Marília Mundim e Nita Queiroz

**REDACCIÓN** - Lucio Costa, Marcio Kameoka e Priscila D. Carvalho

**TRADUCCIÓN** - Kelita Machado

**REVISIÓN TÉCNICA:** Ana Luiza Souza Castro (Niñez y Adolescencia), Lucio Costa, Márcia Maria Regueira Lins Caldas, Maurício Pessutto, Rogério Giannini

**COORDINACIÓN NACIONAL DE LA INSPECCIÓN:** Deborah Duprat, Lucio Costa, Rogério Giannini

#### **Coordinación General/ CFP**

Miraci Mendes

#### **Gerencia de Comunicación**

Luana Spinillo

André Martins de Almeida

(Analista Técnico em  
Editoración)

#### **Gerencia Técnica**

Camila Alves Dias

#### **Miembros del MNPCT**

Ana Cláudia Nery Camuri  
Nunes

Deise Benedito

Fernanda Machado Givisiez  
José de Ribamar Araújo e Silva  
Lucio Costa

Luis Gustavo Magnata Silva

Luz Arinda Barba Malves

Márcia Anuniação Maia  
Pereira

Rafael Barreto Souza

Valdirene Daufemback

#### **Equipo PFDC**

#### **Asesoría Técnica de Salud**

#### **Mental**

Márcia Caldas

#### **Secretaría Ejecutiva**

Patrícia Campanatti

#### **Coordinación de**

#### **Comunicación e**

#### **Información**

Marília Mundim

#### **Coordinación**

#### **Administrativa**

Mário Abreu

#### **Coordinación**

#### **Multidisciplinar**

Fabíola Corte Real

#### Referencias bibliográficas según ABNT NBR

Derechos para esta edición-Consejo Federal de Psicología; Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura; Procuraduría Federal de los Derechos del Ciudadano/ Ministerio Público Federal

Impreso en Brasil - Mayo de 2018

Catalogación en publicación

Biblioteca Miguel Cervantes

Fundación Biblioteca Nacional

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

172 p. : il.

ISBN 978-85-89208-79-6

1. Psicología 2. Psiquiatría 3. Informe 4. Terapia 5. Tratamiento 6. Salud Mental I. Consejo Federal de Psicología II. Título

# TABLA DE CONTENIDO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>PREFACIO .....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>RESUMEN EJECUTIVO .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>   | <b>21</b> |
| Contexto y Motivaciones.....  | 21        |
| Organización .....  | 22        |
| Marco Normativo .....   | 23        |
| La Ley n° 10.216/2001.....  | 24        |
| Derechos de la Persona con Discapacidad .....   | 27        |
| Políticas sobre Drogas .....  | 28        |
| Prevención y Enfrentamiento contra la Tortura de<br>Personas Privadas de Libertad ..... | 30        |
| Políticas Públicas e Saúde Mental: Disputas em Curso.....                               | 31        |
| Resolución n° 2.056/2013 del Consejo Federal de Medicina (CFM).....                     | 34        |
| Derechos fundamentales.....   | 35        |
| <b>2. ASIGNACIONES FORMALES .....</b>   | <b>41</b> |
| Consejo Federal de Psicología .....   | 41        |
| Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura .....                           | 43        |
| Procuraduría Federal para los Derechos del Ciudadano .....                              | 45        |
| <b>3. METODOLOGÍA.....</b>  | <b>51</b> |
| Objetivos y Planificación .....   | 52        |
| Inspecciones .....  | 52        |
| Análisis y Redacción de los Informes .....  | 53        |
| Seguimientos Hacia los Organismos Competentes.....                                      | 54        |
| <b>4. SÍNTESIS DE LOS INFORMES DE INSPECCIÓN ...</b>                                    | <b>57</b> |
| 4.1 Instituciones de Carácter Manicomial.....   | 57        |
| 4.1.1 Visión general del carácter manicomial .....                                      | 57        |
| 4.1.2 Aislamiento y restricción de la convivencia social.....                           | 59        |

|   |            |
|---|------------|
| 4.1.3 Incomunicabilidad y visitas restringidas .....  | 60         |
| 4.1.4 Dificil acceso, muros, portones, cerraduras y restricciones de salida.....                                | 61         |
| 4.1.5 Retención de documentos o dinero .....  | 63         |
| 4.1.6 Violación de la confidencialidad de la correspondencia y del acceso a los<br>medios de comunicación ..... | 65         |
| <b>4.2 Internaciones Involuntarias y Obligatorias .....</b>   | <b>67</b>  |
| 4.2.1 Panorama de las modalidades de hospitalización encontradas.....   | 67         |
| 4.2.2 Irregularidades involucradas con internaciones involuntarias y obligatorias .....                         | 67         |
| 4.2.3 Internaciones involuntarias: ausencia de un dictamen médico e información<br>al Ministerio Público.....   | 71         |
| 4.2.4 Internaciones voluntarias convertidas en involuntarias.....   | 73         |
| <b>4.3 Aspectos Institucionales .....</b>   | <b>75</b>  |
| 4.3.1 Perfil general de las propuestas de atención .....  | 75         |
| 4.3.2 Ausencia de un proyecto terapéutico singular.....   | 77         |
| 4.3.3 Violación de la libertad religiosa.....   | 79         |
| 4.3.4 Laborterapia: Explotación del trabajo como herramienta de disciplina.....                                 | 81         |
| 4.3.5 Ausencia de protocolos o proyectos de desinstitucionalización.....  | 87         |
| 4.3.6 Interlocución con dispositivos de la red de atención de salud.....  | 89         |
| 4.3.7 Violación de la norma sobre el período de internación.....  | 92         |
| 4.3.8 Ausencia de registros individuales de residentes .....  | 93         |
| <b>4.4 Equipos de Trabajo.....</b>  | <b>95</b>  |
| 4.4.1 Fragilidad de los equipos multidisciplinarios .....   | 95         |
| 4.4.2 Indicios de violaciones de los derechos laborales: voluntarios.....                                       | 99         |
| 4.4.3 Presencia médica y caracterización como instituciones médicas o no médicas .....                          | 102        |
| 4.4.4 Administración de medicamentos .....  | 104        |
| 4.4.5 Indicios de violaciones éticas en el trabajo de psicólogas y psicólogos .....                             | 105        |
| <b>4.5 Vida cotidiana y Prácticas de Uso de la Fuerza .....</b>   | <b>106</b> |
| 4.5.1 Vida cotidiana: rutina rígida.....  | 106        |
| 4.5.2 Sanciones e indicios de tortura .....   | 108        |
| 4.5.3 Rescate .....   | 114        |
| 4.5.4 Contención de personas .....  | 116        |
| 4.5.5 Seguridad y Vigilancia.....   | 119        |
| 4.5.6 Inspecciones y prácticas de revistas.....   | 120        |
| 4.5.7 Diversidad sexual.....  | 121        |
| <b>4.6 Internación de Adolescentes.....</b>   | <b>123</b> |
| 4.6.1 Expedición judicial de adolescentes a CTs .....   | 124        |
| 4.6.2 Internaciones para la retirada de la convivencia social .....   | 129        |
| 4.6.3 Otros problemas encontrados .....   | 130        |

|   |     |
|---|-----|
| 4.6.4 Trabajo en la adolescencia.....   | 131 |
| 4.7 “Nuevos Usos” para las Comunidades Terapéuticas .....                     | 132 |
| 4.7.1 Internación de personas mayores .....                                   | 134 |
| 4.7.2 Internación de personas con diferentes trastornos de salud mental ..... | 135 |
| 4.8 Infraestructura e Insumos Básicos .....                                   | 137 |
| 4.8.1 Ausencia de permiso sanitario .....                                     | 137 |
| 4.8.2 Condiciones sanitarias.....   | 137 |
| 4.8.3 Infraestructura .....   | 139 |
| 4.10 Recursos Financieros .....   | 143 |
| 4.10.1 Orígenes de los recursos públicos .....                                | 143 |
| 4.10.2 Montante de recursos .....   | 145 |
| 4.10.3 Mujeres obligadas a pedir donaciones en lugares públicos.....          | 147 |

**ANEXO I - LISTA DE LAS COMUNIDADES  
TERAPÉUTICAS INSPECCIONADAS ..... 151**

**ANEXO II - PARTICIPANTES EN LAS  
INSPECCIONES ..... 161**



# PREFACIO

En nombre de la protección y la atención, ¿qué formas de exclusión, sufrimiento y tratos crueles, inhumanos y degradantes se han producido? En el ámbito del derecho a la salud mental, revisar las lógicas y racionalidades de la dimensión jurídico-política involucradas con esta cuestión se presenta como un desafío permanente a las instituciones dedicadas a la promoción y protección de los derechos humanos.

Durante muchas décadas, Brasil ha conferido a los locos y los individuos indeseables el régimen de segregación social y degeneración en los manicomios y hospitales psiquiátricos. Decenas de miles de mujeres, hombres y niños han sido víctimas de esta práctica, ya nombrada como el “holocausto brasileño”.

La experiencia nos convoca a la reflexión imperiosa sobre la asistencia sanitaria y las construcciones sociales relacionadas con determinados individuos. Aunque hoy en día un amplio marco jurídico y normativo impide expresamente la existencia de instituciones con características asilares que promuevan la exclusión y los malos tratos, es un desafío consolidar el entendimiento de que las violaciones de derechos no pueden ocurrir, aunque bajo la justificación de atención.

La potencia de la práctica eficaz en derechos humanos reside en la incomodidad producida por la violencia y la exclusión en la sociedad. Se deben analizar los modelos de encarcelamiento. En este sentido, la imagen de que hay un individuo que corregir necesita ser deconstruida.

La iniciativa, que se traduce en este informe, tuvo por orientación la necesidad de calificar el debate acerca del modelo de asistencia que se ofrece a las personas con trastornos mentales derivados del consumo de alcohol y otras drogas – un desafío que involucra a los gestores públicos, los profesionales de la salud y las instituciones orientadas a la promoción y protección de derechos.

Con el objetivo de arrojar luz sobre los territorios aún poco conocidos de la sociedad en su conjunto, la inspección nacional identificó en las comunidades terapéuticas el uso de métodos que asumen la lógica de la hospitalización, incluso la obligatoria, como primer y exclusivo recurso de un presunto tratamiento, en absoluto desacuerdo a la legislación vigente.

La privación de libertad es la regla que sostiene ese modelo asistencial, ya que se produce no sólo en los establecimientos que se auto declaran como centros de hospitalización involuntaria y obligatoria, sino también en los que anuncian que sólo sirven a hospitalizaciones voluntarias, aunque no dan a los pacientes las condiciones reales de interrupción del “tratamiento”. Por lo tanto, es la imposición real de barreras, que van desde la retención de documentos, la intervención para disuadir la voluntad presentada, hasta la no viabilidad del transporte para la salida de instituciones aisladas de los perímetros urbanos. Además de estos obstáculos, no existe una política activa de información y transparencia que hace posible a la persona hospitalizada en una toma de decisiones autónoma y soberana sobre cuándo terminar el “tratamiento”.

En sus más de 150 páginas, este informe sistematiza el conjunto de información recopilada en cada uno de los 28 establecimientos visitados – vale señalar que en todos ellos se han identificado prácticas que constituyen violaciones de derechos humanos.

Tomando en cuenta la provisión de fondos públicos destinados a ese modelo de institución, incluso siendo contrario a las políticas de salud mental de base comunitaria, defendidas por la legislación brasileña, el informe de la Inspección Nacional en Comunidades Terapéuticas presenta preguntas, convoca a la reflexión y demanda una toma de posición de parte del Estado y la sociedad brasileña.

El alcance está en el entendimiento de que el manicomio no se limita a los muros de los hospitales psiquiátricos antiguos y tradicionales, sino que, además, constituye una lógica que se concreta en las relaciones humanas, teniendo como imperativos la segregación y la anulación de los individuos.

**Deborah Duprat**

**PFDC/MPF**

**Lucio Costa**

**MNPCT**

**Rogério Giannini**

**CFP**

# RESUMEN EJECUTIVO

Este informe recoge los resultados de la Inspección Nacional en Comunidades Terapéuticas llevada a cabo en octubre de 2017, en las cinco regiones de Brasil, a iniciativa del Consejo Federal de Psicología (CFP), el Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT) y la Procuraduría Federal de los Derechos Humanos, del Ministerio Público Federal (PFDC/MPF).

La acción conjunta no tiene precedentes y movilizó a unos 100 profesionales, en visitas que ocurrieron simultáneamente en 28 establecimientos de los estados de Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Río de Janeiro, Río Grande do Norte, Rondonia, Santa Catarina y São Paulo, además del Distrito Federal.

Los equipos de inspección se conformaron de miembros del Ministerio Público Federal, expertos en prevención y combate a la tortura, psicólogos y otros profesionales de la salud y el sistema judicial como los consejos de Medicina, Servicio Social y Enfermería, además de Defensorías Públicas y seccionales del Colegio de Abogados de Brasil.

Por lo tanto, la recolección de la información se basó en esa multiplicidad de miradas e involucró inspecciones de los espacios físicos, entrevistas con usuarios, equipos de administración y trabajadores, además del análisis de documentos de estos establecimientos centrados en la hospitalización de usuarios de drogas, aunque se han incorporado nuevos públicos, como los ancianos y las personas con otros trastornos mentales, como lo señalaron las inspecciones.

La propuesta de las visitas era identificar situaciones concretas de la vida cotidiana y las prácticas adoptadas en estas instituciones. Por lo tanto, el informe presentado aquí no constituye una muestra estadística y sus conclusiones no se deben generalizar de manera probabilística. Algo en ese sentido requeriría un trabajo más amplio y que, por cierto, tendría por impedimento la falta de información oficial sobre el conjunto de las comunidades terapéuticas en Brasil.

Por lo tanto, la sistematización de la información recogida en los 28 establecimientos inspeccionados busca presentar un pantallazo del modo de actuación de esas instituciones, permitiendo una mirada general, sin perder de vista las especificidades de cada sitio.

La información recopilada se presenta distribuida en diez grandes áreas: la condición asilar de estos establecimientos; la práctica de hospitalizaciones involuntarias y obligatorias; las conductas institucionales (violación de la libertad religiosa, “laborterapia” y hospitalizaciones sin plazo de terminación, entre otros aspectos); los equipos de trabajo; la rutina y las prácticas de uso de la fuerza; el internamiento de adolescentes; los nombrados “nuevos usos” para las comunidades terapéuticas; la infraestructura; el control y la supervisión; así como la fuente de recursos de financiación.

Los análisis se basan en un amplio marco jurídico y normativo sobre los derechos de la persona con trastorno mental, de prevención y combate a la tortura, de políticas de drogas y principios que orientan los derechos fundamentales establecidos por la Constitución Federal de 1988. Los informes de casos concretos identificados durante las inspecciones también forman parte de este informe. El objetivo no es la individualización de los casos, sino revelar la vida cotidiana experimentada en estos espacios de privación de libertad, sus características y la complejidad de las violaciones de derechos identificadas, como presentado a continuación.

### **Muros, cerraduras y restricciones en el acceso a los medios de comunicación**

El eje central del supuesto tratamiento ofrecido por la mayoría de las comunidades terapéuticas visitadas es el aislamiento o la restricción de la convivencia social. Este modelo viola el amplio conjunto de directrices que abordan los derechos de las personas con trastornos mentales, incluidos los trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas. La Ley nº 10.216/2001, que instituyó la reforma psiquiátrica en Brasil, es clara al señalar que la asistencia a esa población debe priorizar la inserción familiar, laboral y comunitaria.

Las inspecciones realizadas a estos establecimientos identificaron que la configuración de las comunidades terapéuticas como sitios asilares pasa por un conjunto de prácticas y características que, individual y conjuntamente, traen restricciones sobre la libre circulación y el contacto con el mundo exterior. Entre ellos se encuentra la misma instalación en lugares de difícil acceso y con la presencia de muros, cerraduras y puertas- e incluso vigilantes de seguridad, en algunos casos. Es característica de la mayoría de las instituciones visitadas el impedimento a la libre salida del establecimiento y muchos recurren al castigo en caso de intento de fuga. En algunas comunidades también se identificaron la práctica de retención de documentos y pertenencias del usuario, así como tarjetas bancarias o de acceso a prestaciones de la Seguridad Social.

Las inspecciones mostraron el control habitual de llamadas telefónicas, así como la violación de correspondencia, que viola los principios de protección a la privacidad y la intimidad, establecidos por la Constitución, en su art. 5º, incisos X y XII. En Sao Paulo (SP), por ejemplo, un interno en la comunidad terapéutica Recanto da Paz informó que las conversaciones telefónicas no eran privadas y que, cuando se intentaba informar a los familiares de la intención de abandonar el establecimiento -incluso debido a violaciones de los derechos- la dirección contactaba a la familia para disuadirla de la idea. En Betim (MG), un interno en la comunidad Terra Santa informó que sólo se podían enviar cartas a los parientes luego de su lectura previa por la dirección de la institución.

### **Privación de libertad**

La Ley de Reforma Psiquiátrica define tres modalidades de hospitalización: involuntaria (sin el consentimiento del usuario, a petición de un tercero y realizada por un médico), obligatoria (determinada por el tribunal) y voluntaria (con el consentimiento del usuario).

En el caso de las hospitalizaciones involuntarias, que además de un dictamen médico se deben informar al Ministerio Público en un plazo de 72 horas, las inspecciones identificaron en sólo dos de las 28 comunidades terapéuticas visitadas el documento médico con la autorización para las admisiones. Incluso en estas unidades, se encontraron problemas, incluyendo: la ausencia de información específica y situaciones que generaron dudas acerca de las fechas de llegada del interno a la comunidad terapéutica, lo que deja claro, como mínimo, la incompatibilidad en cuanto a los datos presentados. Las inspecciones señalaron que también se han dado hospitalizaciones voluntarias al escalofrío de la ley. En los sitios inspeccionados, el patrón era la no presentación de dictámenes médicos, demandados para este tipo de hospitalización.

Las inspecciones también mostraron que algunas comunidades terapéuticas adoptan la práctica de “rescate” o “remoción”, es decir, el internamiento forzado a través de un equipo que se desplaza a la residencia de la persona y la inmoviliza, haciendo uso de tanto de violencia física como de contención a través de la aplicación de medicamentos. En algunas de las unidades, se informó de la participación de otros internos en la realización de ese servicio, que está disponible en al menos nueve de las 28 instituciones visitadas. La práctica viola la determinación legal de la necesidad de un dictamen médico derivado de una evaluación previa, e incluso puede configurarse un delito de secuestro y privación de libertad calificada, de acuerdo con el Artículo 148 del Código Penal.

En lo que atañe al ingreso obligatorio, la inspección nacional identificó que el poder judicial ha adoptado esa práctica en desacuerdo con lo que establece la legislación. Esto se debe a que la única predicción en el ordenamiento jurídico brasileño para que se produzca este tipo de hospitalización (y que sigue siendo objeto de controversias en cuanto a los derechos de las personas con trastornos mentales) está en el Código Criminal, al establecer que la hospitalización puede utilizarse como sustituto de la sanción al autor de un delito, en los casos en que, después de un juicio, la Justicia lo tome como inimputable. Por lo tanto, se trata de una medida de seguridad, como se define, en forma de hospitalización.

Sin embargo, lo que las inspecciones revelaron fue la existencia de un contingente de usuarios de drogas enviado a comunidades terapéuticas por determinación judicial con el propósito de un supuesto tratamiento de la dependencia química. Hay decisiones, entre ellas, para a subvención del poder público de los costes de dichas hospitalizaciones, que en muchos casos no tienen un plazo determinado – lo que representa no sólo una subvención pública permanente a estas instituciones, sino aún más grave, la privación perenne de la libertad a una determinada categoría de sujetos.

Las inspecciones a dichos establecimientos también demostraron que la privación forzada de la libertad puede ocurrir incluso en casos de ingreso voluntario. Es que muchas comunidades terapéuticas ofrecen facilidades para recibir a las personas voluntariamente, como el transporte y opciones facilitadas de pago. Sin embargo, tales facilidades desaparecen cuando el interno expresa el deseo de finalizar el “tratamiento”, momento en el que se le imponen innumerables obstáculos: multa por incumplimiento de contrato, retención de documentos, presión sobre familiares, entre otros. En la práctica, la hospitalización, aunque sea voluntaria, puede caracterizarse como privación de libertad, ya que la persona pierde el poder de decisión de rescindir el tratamiento, como le asegura la Ley 10.216/2001, en su art. 7º.

### **Castigos, sanciones y signos de tortura**

En 16 de los sitios inspeccionados se identificaron prácticas de castigo y sanción a los internos. Estas sanciones varían entre el cumplimiento obligatorio de tareas repetitivas, el aumento de la terapia laboral, la privación de comidas y la violencia física. También se identificaron prácticas como el aislamiento a largo plazo, la privación del sueño, la supresión de alimentación y el uso irregular de la contención mecánica (ataduras) o química (medicamentos) -todos ellos pueden caracterizarse como prácticas de tortura y trato cruel o degradante, de acuerdo con la legislación brasileña.

Las sanciones más encontradas durante las inspecciones fueron las de incremento laboral o la realización de tareas adicionales y humillantes. En el primer caso, se trata de un aumento de las tareas diarias o relacionado con la limpieza del

espacio físico; en el segundo, la obligación de realizar tareas repetitivas, en particular la práctica de copiar pasajes bíblicos. En la comunidad terapéutica agrícola de Vitória, en Lagoa Santa (MG), por ejemplo, las internas reportaron que entre las sanciones recibidas en casos de “mal comportamiento” estaba la de copiar, por incontables veces, el Salmo 119 de la Biblia. En esta unidad, el lavado de platos y sartenes durante una semana también se anunció como una de las modalidades de castigo.

Los equipos de inspección también recopilaron informes sobre el uso de aislamiento físico o confinamiento dentro de la misma comunidad terapéutica como una forma de “tratamiento” o castigo por desviación de conducta. En estas situaciones, el interno es encerrado en habitaciones o cubículos dentro de la misma institución, separado de los demás. Cuatro de los establecimientos visitados informaron haber tenido habitaciones específicas para el aislamiento. La violencia física también fue señalada como una práctica, especialmente en casos de tratativas de fuga, con el uso de puñetazos en los ojos y lo que los internos llaman “mata-león”, o constricción de cuello, como señalan las inspecciones en las comunidades Crisameta (RJ) y Recanto da Paz (SP).

Este tipo de sanción viola flagrantemente el art. 2º de la Ley N° 10.216/2001, según la cual la persona con trastorno mental -incluidos los derivados del consumo de alcohol y otras drogas- debe ser respetada y tratada con humanidad, en el interés único y exclusivo de beneficiar su salud. La práctica afrenta aún el art. 20, inciso IV de la Resolución RDC n° 29/2011 de Anvisa, que prohíbe la aplicación de castigos físicos, psicológicos o morales a los internos en instituciones que prestan servicios de atención a personas con trastornos derivados del uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.

## **Violación de la libertad religiosa y la diversidad sexual**

En sólo cuatro de las 28 comunidades terapéuticas visitadas, es posible afirmar que no se han verificado o se encontró registro de restricciones a la libertad religiosa. En muchas de ellas, existe la imposición de una rutina rígida de oración y se recogieron numerosos reportes de participación obligatoria en actividades religiosas, así como castigos en casos de resistencia – incluso a través del aumento de la carga de “laborterapia”.

Las inspecciones también señalaron casos en los que los internos de otras religiones fueron coaccionados para asistir a actividades de la designación religiosa de la comunidad terapéutica. Uno de los entrevistados de la comunidad Renascer en São João del Rei (MG), por ejemplo, informó que la institución no aceptaba el culto a los santos y que incluso llegó a romper la imagen de Nuestra Señora de Aparecida que guardaba con él.

En cuanto a la diversidad sexual, los elementos recogidos en las entrevistas con usuarios, equipos y directores revelan que, en al menos 14 de las 28 instituciones visitadas, no hay respeto por la diversidad de orientación sexual e identidad de género. Los informes indicaban una tendencia a la represión de la expresión de las sexualidades y su tratamiento se daba como problemático. A veces, en general en las instituciones de orientación religiosa, la identidad sexual se asociaba con el “pecado”. Esa clase de testimonios se recogieron en las comunidades terapéuticas visitadas en Castanhal (PA), Nisia Floresta (RN) y Bandeira do Sul (MG), entre otras.

### **“Laborterapia”: Trabajos forzados y no remunerados**

En la gran mayoría de las comunidades terapéuticas visitadas, los equipos identificaron el uso corriente de la llamada “laborterapia”, o terapia laboral, en la que el trabajo se emplearía como una herramienta educativa -una práctica condenada por los principios de la reforma psiquiátrica establecida en Brasil por la Ley nº 10.216/2001.

La mano de obra de internos se utiliza comúnmente para la limpieza, preparación de alimentos, mantenimiento, vigilancia y, en algunos casos, incluso en el control y aplicación de medicamentos en otras personas internadas. Entre los informes, se encuentra el recogido en una comunidad terapéutica en Rio Grande do Norte, donde los internos serían utilizados como mano de obra no remunerada para la construcción de una casa de playa de la propietaria del establecimiento.

El conjunto de información recopilada por la Inspección Nacional señala que, la manera como ha sido utilizada por muchas comunidades terapéuticas, la llamada “laborterapia” oculta prácticas de trabajo forzoso y en condiciones degradantes-prácticas que evidencian un delito análogo a la esclavitud. Muchos informes también señalaron el uso de castigos y sanciones a los internos que se rehúsan a realizar dichas actividades. También les pareció evidente a los equipos de inspección que el uso de “laborterapia” busca aún reemplazar la contratación de profesionales por el uso de mano de obra de los internos -sin remuneración o cualquier garantía laboral, en una lógica de maximización de los beneficios financieros.

### **Fragilidades en los equipos de trabajo**

Además de reemplazar el trabajo formal y remunerado por lo que lo llaman “laborterapia”, las inspecciones mostraron la presencia constante de una forma de trabajo llamado “voluntario” que, sin caracterizar realmente esta modalidad, enmascara las violaciones de los derechos laborales. La práctica ocurre de dos maneras principales: por medio del reclutamiento de profesionales no

remunerados; y a través de la permanencia de egresados, quienes asumen tareas como monitores o trabajadores, sin una contratación formal de esas actividades.

En 15 de las 28 comunidades inspeccionadas, se mencionó la presencia de voluntarios que, en la gran mayoría de los casos identificados, intercambian trabajos de refugio y alimentos. Las condiciones de este intercambio no están registradas y, en general, no se registra oficialmente la situación de voluntariado, que se opone a la legislación que trata de la materia, especialmente la Ley n° 13.297/2016.

En cuanto a la composición de los equipos, es importante destacar no sólo los arreglos improvisados, sino la escasez misma de profesionales con la capacidad de proporcionar, de hecho, asistencia sanitaria. La Ley de Reforma Psiquiátrica indica que la hospitalización de personas con trastornos mentales debe prestarse en servicios que ofrezcan atención integral, incluidos “servicios médicos, de asistencia social, psicológicos, ocupacionales, de ocio y otros”. Sin embargo, la situación encontrada en las comunidades terapéuticas inspeccionadas fue la escasez de profesionales para ofrecer dicha asistencia: hay pocos trabajadores con formación en el área de salud y muchos “monitores” (internos que se ganan la confianza de la administración y comienzan a realizar informalmente actividades en la institución).

### **Internación de adolescentes**

Las inspecciones identificaron la internación de adolescentes en 11 de las comunidades terapéuticas visitadas. En otras dos instituciones, había niños y adolescentes que acompañaban a las madres que se encontraban internadas. Por último, se identificó a un niño de 11 años ingresado en una comunidad terapéutica por decisión judicial. En las inspecciones, también se encontró que adolescentes y adultos comparten alojamiento y habitaciones. En sólo dos instituciones se informó que los adolescentes permanecen en casas o habitaciones separadas. Esta situación demuestra la falta de atención a las peculiaridades que deben marcar la asistencia a este grupo de población.

El Ministerio de Salud, a través de la Ordenanza N° 3.088/2011, determina que las comunidades terapéuticas sólo pueden realizar la internación de adultos (inciso II del art. 9°). Este aspecto, de por sí, ya caracterizaría la irregularidad de las internaciones de adolescentes. Sin embargo, además de este aspecto, el mantenimiento de internos en este grupo de edad viola una serie de directrices del Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA), ya que no son espacios adecuados para el cumplimiento de medidas socioeducativas y tampoco son establecimientos capaces de promover la protección integral de los sujetos en la fase de formación.

Según los equipos de inspección, las comunidades terapéuticas visitadas no cumplen las obligaciones mínimas definidas en el art. 94 del ECA. No observan garantías y derechos de los adolescentes, no ofrecen una atención personalizada, no son diligentes en promover el restablecimiento y la preservación de los vínculos familiares, no siempre ofrecen instalaciones físicas adecuadas, no proporcionan educación básica y profesional, tampoco ofrecen actividades culturales, deportivas y de ocio, entre otras.

También vale la pena señalar que los equipos de inspección identificaron casos de internación de adolescentes por razones que no están relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas, de modo que las comunidades terapéuticas parecen estar cumpliendo con el papel de aislamiento de convivencia social por las más diversas motivaciones. En Itamonte (MG) una chica internada que, incluso, es sorda, contó que ha sido internada por estar novia con un muchacho que consumía alcohol y, por esta razón, su madre decidió enviarla a la comunidad terapéutica. La joven describió la condición de aislamiento social a la que fue sometida, ya que sólo se comunicaba a través de la Lengua de Signos Brasileña (Libras), además de otras formas de trato cruel e inhumano.

### **Financiación pública**

Del conjunto de 28 comunidades terapéuticas inspeccionadas, 18 informaron haber recibido algún tipo de recurso o donación de organismos públicos en los niveles municipal, estatal o federal, denotando la presencia de este tipo de establecimientos en la lista de entidades que prestan servicios al poder público. Los documentos han demostrado que es principalmente a través de recursos para políticas antidrogas que las comunidades terapéuticas han estado accediendo a los recursos federales.

En algunos casos, aunque existan previsiones legales para ello, el conjunto de información recopilada permite cuestionar la capacidad de estos establecimientos para prestar servicios que respeten las líneas generales de las políticas relacionadas con la salud y puedan ser referentes del Estado como proveedor de dicha política pública.

También hay que recordarse que toda asignación de recursos públicos debe contar con la supervisión y el seguimiento de las prácticas desarrolladas por el receptor de los recursos, lo que no se identificó en las inspecciones. Por lo tanto, los datos recogidos por la inspección nacional en las comunidades terapéuticas señalan que la financiación indiscriminada de instituciones de esta naturaleza da lugar, en última instancia, a la asignación de recursos públicos a los sitios donde se cometen violaciones de derechos.

# 1. INTRODUCCIÓN





# 1. INTRODUCCIÓN

Este informe presenta el resultado de la Inspección Nacional en Comunidades Terapéuticas, llevada a cabo en octubre de 2017, en la que se visitaron 28 instituciones en las cinco regiones del país, en 12 unidades de la federación (11 estados y el Distrito Federal). Las Comunidades Terapéuticas (CT) asisten, principalmente, pero no exclusivamente, a las personas que hacen uso de drogas, en régimen de internación. No hay un número preciso sobre cuántas de estas instituciones existen en Brasil, aunque se estima que sea alrededor de unas 2000.<sup>1</sup>

La propuesta de la inspección fue identificar situaciones concretas de la rutina y las prácticas encontradas en estos sitios. La síntesis aquí presentada se propone a ser una imagen del modo de acción de este tipo de instituciones. También permite una mirada general, sin perder de vista las especificidades de cada lugar. Efectivamente, los informes de cada una de las inspecciones locales, que apoyan esta publicación, presentan una diversidad de situaciones en términos de infraestructura, prácticas institucionales y equipos. El análisis de la información tampoco deja lugar a dudas sobre la existencia de un perfil compartido que se basa en la privación de libertad, el carácter asilar, la llamada laborterapia, el enfoque religioso y la abstinencia como estrategia central de funcionamiento de esas instituciones. En todas ellas se verificó un cierto nivel de violaciones de derechos humanos.

## Contexto y Motivaciones

Aún se está implementando en Brasil el paradigma que instituyó la atención y la asistencia a las personas con trastornos mentales, buscando mantener los lazos comunitarios y superar las prácticas de aislamiento. De hecho, en las últimas décadas, se observó la expansión de los equipos de tratamiento en libertad y la Red de Atención Psicosocial (Raps), que integra el Sistema Único de Salud (SUS). Sin embargo, ese modelo de atención aún es poco conocido de la población general. De esa manera, la expansión de las estrategias de atención de salud mental debe perseguirse continuamente, de modo que ningún ciudadano tenga sus derechos violados cuando esté bajo tratamiento.

---

<sup>1</sup> Este número se basa en una investigación realizada en 2009 por el Centro de Investigación sobre Alcohol y otras Drogas, el Hospital das Clínicas de Porto Alegre, y el Laboratorio de Geoprocesamiento del Centro de Ecología de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS), por solicitud de la Secretaría Nacional de Política de Drogas (SENAD).

Si bien el número de camas en hospitales psiquiátricos ha tenido una fuerte disminución en los últimos años, las comunidades terapéuticas han crecido en cantidad y buscan consolidarse como una opción de tratamiento disponible inmediatamente. Sin embargo, como se verifica a lo largo de este informe, estas instituciones ofrecen un modelo de tratamiento contrario a los principios de la reforma psiquiátrica, repitiendo algunas de las peores prácticas de modelo de manicomio, aislando a las personas de la interacción social y practicando violaciones sistemáticas de derechos.

Es interesante observar que estas cuestiones no sólo se están enfrentando en el Brasil. El informe de Open Society Foundations 2016 mostró que el modelo asilar y las prácticas abusivas en situaciones de hospitalización también se reproducen en otros países del continente, como Colombia, Guatemala, México, Puerto Rico y República Dominicana.<sup>2</sup>

Las CTs se insertaron en las políticas públicas nacionales de atención a los usuarios de drogas, incluso con la transferencia de recursos federales. Poco a poco, las políticas de salud mental también les abrieron posibilidades para venir a integrar la red de atención psicosocial, en un proceso controvertido e rodeado de resistencias y disputas.

Ante este escenario, se ha vuelto urgente la necesidad de reunir información más actualizada sobre las prácticas adoptadas por las comunidades terapéuticas. Así, surgió la propuesta de llevar a cabo una inspección nacional que permitiera observar *in situ* y recoger elementos para evaluar si las bases metodológicas de las CTs presentan conflictos con el marco jurídico y la legislación que rige la garantía de derechos de la población con trastornos mentales.

## Organización

La Inspección Nacional en las Comunidades Terapéuticas fue organizada por la Procuraduría Federal de los Derechos del Ciudadano del Ministerio Público Federal (PFDC/MPF), el Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT) y el Consejo Federal de Psicología (CFP). Las tres instituciones movilizaron a otras, incluidos las Procuradurías Regionales de los Derechos del Ciudadano, los defensores públicos, los colectivos y las organizaciones antimanicomiales, los consejos estatales de derechos, los sindicatos, las seccionales del Colegio de Abogados de Brasil (OAB) en los estados y los consejos profesionales estatales o regionales, de Psicología, Servicio Social, Farmacia, Medicina y Enfermería.

---

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

Para facilitar la sistematización de la información, la Coordinación Nacional (PFDC/MPF, MNPCT y CFP) diseñó una metodología específica para los trabajos. Los equipos conformados en los 11 estados y el Distrito Federal recibieron instrucciones para aplicar el mismo método de recolección de la información en todas las visitas (véase más detalles en el capítulo de Metodología).

En total, se inspeccionaron 28 comunidades terapéuticas. La selección tuvo en cuenta el entorno local y no se proponía a componer una muestra estadística, sino a la recolección de información cualitativa sobre las prácticas desarrolladas.

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

## Marco Normativo

Para referirse a las transformaciones conceptuales y los avances habidos en las políticas públicas de salud mental en Brasil, es esencial entender que estos cambios se han tejido de manera lenta y procesal a lo largo de más de tres décadas, respetando la necesaria madurez de la sociedad para hacer frente a una nueva forma de atención y asistencia a la salud mental, de modo que, en este nuevo modelo de atención en libertad, la producción de la ciudadanía se ha considerado una condición innegociable para lograr la salud.

A raíz de la reivindicación de familiares, trabajadores y personas que alguna vez fueron segregadas y que sufrieron violación en institución manicomial en Brasil, se pavimentó el camino hacia la construcción de una legislación para la garantía de derechos vigentes. Es fundamental entender también que la aplicación de esa nueva agenda política y normativa se dio en base a mucha resistencia. Esto se debe a que el interés mercantil es una de las características más llamativas del modelo manicomial segregacionista brasileño. Durante mucho tiempo, se ha ganado mucho dinero en el país con la promoción de la exclusión y el silencio forzado de aquellos que se llevaban la etiqueta de ser indeseable.

Como forma de facilitar la comprensión de los parámetros que guiaron los cambios en la política de salud mental, presentamos a continuación el principal referente normativo que dio soporte a la Inspección Nacional en Comunidades Terapéuticas realizada en 2017.

En Brasil, el modelo de atención a las personas con trastornos mentales, incluidos los resultantes del consumo de alcohol y otras drogas, ha experimentado una importante transformación a partir de la década de 1980. Una fuerza vital de este cambio vino del movimiento titulado antimanicomial, que cuestionaba la segregación y la violencia a que eran sometidas las personas con trastornos mentales, bajo el falso manto de atención. Como resultado efectivo de las reivindicaciones de un nuevo proyecto asistencial, el movimiento antimanicomial contribuyó a la renovación de las prácticas en la materia y a la aparición de nuevas directrices para la salud pública brasileña, que surgieron de la Constitución Federal de 1988, en base a principios inclusivos de organización del Estado y la sociedad.

La Constitución de 1988 es un hito en la incorporación de todos los brasileños como ciudadanas y ciudadanos, sin excepción. A la vez, este principio agrega la dimensión individual, para garantizar la autonomía de todos los sujetos, y colectiva, dando el mensaje de que la sociedad busca organizarse de manera plural y, por lo tanto, respetando las especificidades de las personas y los grupos.

La atención a las personas con trastornos mentales -debidas o no al consumo de alcohol y otras drogas- es una acción de garantía de salud, definida en la Constitución como un derecho de seguridad social, sostenida por los pilares de universalidad, equidad e integralidad.

Más allá de las directrices establecidas por el SUS, a pesar de no haber podido el Estado brasileño aprobar durante toda la década de 1990 a ninguna legislación nacional específica que se ocupase de las garantías de derechos a las personas con trastornos mentales, algunas unidades de la federación salieron adelante con las regulaciones locales. El estado de Río Grande do Sul, a través de la Ley Estatal n° 9.716/1992, fue el primer estado en aplicar una legislación específica; y el Distrito Federal, a través de la Ley n° 975/1995, fue la segunda unidad de la federación en determinar el cierre de los hospitales psiquiátricos.

### **La Ley n° 10.216/2001**

La Ley de Reforma Psiquiátrica (Ley n° 10.216/2001) se construyó bajo la lógica de superar las prácticas de exclusión. Esta norma definió los parámetros para garantizar los derechos de las personas con trastornos mentales (incluidos los resultantes del consumo de alcohol y otras drogas), reorientando el modelo de prevención y asistencia en salud mental. Los primeros artículos ya garantizan, a quienes reciben tratamiento, protección sin cualquier clase de discriminación en cuanto al origen étnico, sexo, orientación sexual, religión, opción política, nacionalidad, edad, familia, recursos económicos, gravedad o tiempo de evolución del trastorno. La Ley n° 10.216/2001 (art. 2, párrafo único) define los derechos de la persona con trastorno mental:

- I -Tener acceso al mejor tratamiento del sistema sanitario, de conformidad con sus necesidades;
- II -ser tratada con humanidad y respeto, y con exclusiva finalidad de beneficiar su salud, en vistas de lograr su recuperación mediante la inserción en la familia, en el trabajo y en la comunidad;
- III -estar protegida contra cualquier forma de abuso y explotación;
- IV -tener asegurada la confidencialidad en la información proporcionada;
- V -tener derecho a la presencia médica en cualquier momento, para aclarar la necesidad o no de su hospitalización involuntaria;
- VI -tener libre acceso a los medios de comunicación disponibles;
- VII -recibir la mayor cantidad de información acerca de su enfermedad y tratamiento;
- VIII -ser tratada en un entorno terapéutico por los medios menos invasivos posibles;
- IX -preferiblemente ser tratada en servicios comunitarios de salud mental.

Luego de editada la Ley de Reforma Psiquiátrica, el Estado reorienta la política de promoción de la salud mental, adoptando como eje central la participación de las familias y la sociedad, ofreciendo preferentemente servicios comunitarios de salud mental, opciones de tratamiento y recuperación por inserción en la familia, en el trabajo y en la comunidad. La legislación en cuestión rompe con la lógica segregacionista de la hospitalización como eje de la política de atención sanitaria. En este nuevo entorno jurídico, las internaciones se entienden como recursos extremos, a corto plazo, sólo cuando los recursos hospitalarios resultan insuficientes, y con el objetivo de reinserción social del paciente en su medio (Ley n° 10.216/2001, art. 4°).

A diferencia de lo que sucedió durante los períodos de hospitalización excesiva, sin regulación específica, con la aprobación de la Ley de Reforma Psiquiátrica, en los casos de hospitalización, se requiere asistencia integral, incluidos los servicios médicos, la asistencia social, psicológica, ocupacional, de ocio (Ley n° 10.216/2001, art. 4, párrafo 2°). Además, de una manera diferente a la del pasado, la legislación prohíbe la internación en instituciones con características manicomiales, es decir, las que carecen de los recursos ya mencionados.

Las normas para la internación voluntaria e involuntaria comenzaron a requerir un dictamen médico circunstanciado (Ley n° 10.216/2001, artículos 6° y 7°). Además, se ha vuelto imperativo que se informe al Ministerio Público del Estado de todas las internaciones involuntarias realizadas por cualquier institución, en un plazo de 72 horas.

En lo que atañe a la internación obligatoria, es decir, la que se realiza por determinación judicial, hay que profundizar la discusión sobre el uso de ese recurso por rebeldía a la legislación vigente.

A pesar de que Ley n°10.2016/2001 da lugar a la internación obligatoria como modalidad, sin embargo, la misma ley, por sí misma, no autoriza al poder judicial su aplicación, como se observa en el artículo 9°:

Según la legislación vigente, la internación obligatoria se determina por el juez competente, que tendrá en cuenta las condiciones de seguridad del establecimiento, en lo que respecta a la salvaguarda del paciente, de los demás pacientes internados y de los empleados.

En este sentido, la Ley n° 10.216/2001 determina que la internación obligatoria sólo puede realizarse en conformidad con la legislación vigente, es decir, el Código Penal Brasileño, ya que es la única norma del marco jurídico brasileño que regula la admisión en internación realizada por el Poder Judicial.

El Código Penal, en el art. 26, explica que cuando la persona puede sustituir su condena por una medida de seguridad (entendida como una medida terapéutica):

Está exento de sanción el agente que, debido a una enfermedad mental o al desarrollo mental incompleto o retrasado en el momento de la acción u omisión, fuese totalmente incapaz de entender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con ese entendimiento.

Otra hipótesis se presenta en el art. 28, párrafo 2°:

Está exento de sanción el agente que, por embriaguez completa, originaria de un caso fortuito o de fuerza mayor, en el momento de la acción u omisión, fuese totalmente incapaz de entender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con ese entendimiento.

Las medidas de seguridad se definen en el art. 96:

- I -internación en un hospital de custodia y tratamiento psiquiátrico o, en su defecto, en otro establecimiento apropiado;
- II -sometimiento al tratamiento ambulatorio.

En los casos de delito previstos con una pena equivalente a privación de libertad, la autoridad judicial podrá optar por un tratamiento ambulatorio, tal como se define en el art. 97 del Código Penal:

Si el agente es inimputable, el juez determinará su hospitalización (art. 26). Sin embargo, si el hecho previsto como delito es punible con privación de libertad, el juez puede someterlo a tratamiento ambulatorio.

Cabe señalar que incluso la hospitalización obligatoria para las personas que se consideran inimputables es objeto de debate por parte de diversos segmentos de la sociedad – un debate que ha encontrado su base en la legislación nacional e internacional.

En 2011, la PFDC/MPF publicó un dictamen sobre el uso de medidas de seguridad en los hospitales de custodia y el tratamiento psiquiátrico bajo la perspectiva de la Ley n° 10.216/2001, en la que expresa que “el actual sistema de aplicación de la medida de seguridad en Brasil configura una de las violaciones de los derechos humanos de personas con trastornos mentales en conflicto con la ley.”

En otras palabras, la legislación relativiza la internación, incluso en casos extremos, porque admite el ingreso de las personas al tratamiento ambulatorio. En este sentido, nadie puede ser privado de su libertad sin respeto al debido proceso legal. No se puede utilizar ninguna justificación, incluido el tratamiento, para la adopción de dicha práctica.

Otro punto de la Ley n°10.216/2001 que debe destacarse es el art. 8°, que establece que sólo el médico, inscrito en el Consejo Regional profesional, puede determinar la internación de una persona, ya sea voluntaria o involuntaria.

En este sentido, es importante ser conscientes de que la práctica de rescate o movilización de pacientes sin la presencia de un profesional médico al momento de la acción no debe considerarse internación. Tal ocurrencia puede caracterizarse ilegal e incluso ser tomada por secuestro.

Por último, también debe destacarse la existencia de muchas cuestiones a ser maduradas por el sistema judicial y el conjunto de la sociedad sobre las contradicciones de la internación obligatoria, aunque en la forma descrita en el Código Penal. Esto se debe a que esta práctica está en contradicción con las leyes específicas de los derechos de las personas con trastornos mentales, ya sean que provengan del consumo de alcohol y otras drogas o no. En este sentido, la internación, en cualquiera de sus modalidades, se ha entendido cada vez más como castigo, sanción, y no como un tratamiento en salud mental.

## **Derechos de la Persona con Discapacidad**

En 2008, el Brasil ratificó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Aprobada con tres quintas partes de los votos del Congreso, en dos turnos, tiene el *estatus* de enmienda constitucional (Decreto n° 6.949/2009). La Convención, en su art. 1°, define que las personas con discapacidad “incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”. Postula, en relación con estas personas—según el art. 14, ítem 1, letra b), de que “no sean privados ilegal o arbitrariamente de su libertad y que cualquier privación de libertad ha de ser conforme a la ley, y que una discapacidad no justifica en ningún caso una privación de la libertad”.

Cabe destacar que la diferenciación que plantea la legislación entre la discapacidad intelectual y la discapacidad mental no es casualidad. Esta distinción incorpora en la agenda de protección a las personas con trastornos mentales, incluidas las que resultan del consumo de alcohol y otras drogas. Sobre la base de esta Convención, en 2015, Brasil aprobó el Estatuto de la Persona con Discapacidad, que refuerza el veto al tratamiento o a la institucionalización forzosos. Según el art. 11 del Decreto N° 13.146/2015, los ciudadanos y ciudadanas con discapacidad no podrán ser obligados a someterse a intervención clínica o quirúrgica, tratamiento o institucionalización forzosos.

Por lo tanto, se ratifica que la privación de libertad no puede justificarse por la existencia de discapacidad, incluida la mental que resulte del consumo de alcohol y otras drogas. La lógica que guía esta Convención es similar a la que se encuentra en la Constitución Federal de 1988 y la Ley de Reforma Psiquiátrica, lo que indica una convergencia entre los profesionales en el campo de la salud, el derecho y los derechos humanos en Brasil y en el extranjero. El énfasis en la asistencia sanitaria en el territorio -y no en los espacios de aislamiento- busca precisamente la no interrupción de los lazos sociales.

Así, esas normas jurídicas convergen hacia el fin del aislamiento y de las instituciones asilares que lo promueven. Dicho conjunto de normativa comparte la perspectiva de que el Estado, la sociedad, la familia y los usuarios de los servicios de salud mental necesitan estar en diálogo permanente. La atención, el tratamiento o la prevención del daño a las personas con trastornos mentales es parte de la transformación de la sociedad misma en una que sea capaz de vivir con las diversas expresiones humanas.

## **Políticas sobre Drogas**

Las políticas brasileñas actuales que se ocupan de la asistencia sanitaria de los usuarios de drogas siguen por caminos similares. La Ley n° 11.343/2006 dedica un capítulo a las actividades de atención y reinserción social de los usuarios de drogas o toxicómanos, a través de acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida y reducir los riesgos y daños asociados al uso. Según el art. 22 de la citada ley, el Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) se sostiene en los siguientes principios:

- I - el respeto por el usuario y adicto a drogas, independientemente de cualquier condición, respetando los derechos fundamentales de la persona, los principios y directrices del Sistema Único de Salud y la Política Nacional de Asistencia Social;
- II - la adopción de estrategias diferenciadas de atención y reinserción social del usuario y adicto a drogas y sus familiares que tomen en cuenta sus peculiaridades socioculturales;

- III -el establecimiento de proyecto terapéutico individualizado, orientado a la inclusión social y la reducción de riesgos y de daño social y a la salud;
- IV -la atención multidisciplinar al usuario o adicto a las drogas y sus familiares y por equipos multidisciplinarios, siempre que sea posible;
- V -el cumplimiento de las directrices y normas emanadas del Conad;
- VI -la alineación con las directrices de los órganos de control social de políticas sectoriales específicas.

Son determinaciones de esta norma el cumplimiento de las directrices del Ministerio de Salud, además de la asignación presupuestaria adecuada. Ella también prescribe la existencia de un proyecto terapéutico individualizado y orientado a la inclusión social (Ley nº 11.343/2006, art. 22, inciso III).

Esa ley ha establecido la posibilidad de que las instituciones de la sociedad civil sin ánimo de lucro, con actuación en las áreas de salud y asistencia social y que se asistan a usuarios de drogas o adictos a ellas, reciban recursos del Fondo Nacional Antidrogas (Ley Nº 11.343/2006, art. 25).

En 2010, la Presidencia de la República instituyó un Plan Integrado para el Enfrentamiento al Crack y otras Drogas, cuya responsabilidad de la gestión quedó a cargo del Ministerio de Justicia. En el decreto que estableció el plan, se propuso una articulación permanente entre las políticas y las acciones en salud, asistencia social, seguridad pública, educación, deporte, cultura, derechos humanos y juventud. El plan tenía por objeto prevenir el uso, el tratamiento y la reinserción social de los usuarios, además de hacer frente al tráfico de crack y otras drogas ilícitas.

El programa “Crack, se Puede Vencer” fue lanzado en 2010 a partir de ese Plan Integrado, que incluía a las comunidades terapéuticas entre los dispositivos del eje de atención, como Servicios Transitorios de Atención Residencial. En 2011, a través de la Ordenanza nº 3.088, el Ministerio de Salud instituyó la Red de Atención Psicosocial, en la que también incluiría como dispositivo a las comunidades terapéuticas, en un Régimen Residencial, siendo que, al año siguiente, en 2012, publicó la Ordenanza MS nº 131, que instituyó incentivos financieros a los municipios, los estados y el Distrito Federal para apoyar la expansión de esa red.

En el programa federal, las comunidades terapéuticas tendrían “módulos” de 15 o 30 lechos, como máximo, destinados a adultos; ellas ofrecerían la acogida referenciada por los Centros de Atención Psicosocial (Caps) y compartida con la atención primaria, además de articularse con los servicios sanitarios del territorio. La contratación y transferencia de recursos a estas unidades sería llevada a cabo por estados o municipios. Entre las condiciones para adherirse al programa, se

encuentran la existencia de la Red de Atención Psicosocial (Raps), con servicios mínimos de atención y asistencia integral a los usuarios de los municipios.<sup>3</sup>

## **Prevención y Enfrentamiento contra la Tortura de Personas Privadas de Libertad**

Otras referencias que guiaron la Inspección Nacional de las Comunidades Terapéuticas provienen de las normas relativas a las personas en privación de libertad, ya sea debido al cumplimiento de una sanción judicial de carácter penal, ya sea debido a la atención en unidades de asistencia a tiempo completo como medida de protección en situación de vulnerabilidad. La Ley n° 12.847/2013, que crea el Sistema Nacional de Prevención y Enfrentamiento Contra la Tortura (SNPCT), en su art. 3º, define como personas privadas de libertad:

Aquellas personas que, por mandato u orden de autoridad judicial, administrativa o policial, son obligadas a permanecer en lugares públicos o privados específicos, de los cuales no podrán salir independientemente de su voluntad, abarcando los sitios de hospitalización a largo plazo, los centros penitenciarios, establecimientos penales, hospitales psiquiátricos, residencias de custodia, instituciones socioeducativas para adolescentes en conflicto con la ley y zonas de detención disciplinarios en cuarteles militares, así como en las instalaciones mantenidas por los órganos enumerados en el art. 61 de la Ley n° 7.210/1984

Las definiciones jurídicas de tortura vigentes en el ordenamiento jurídico brasileño proceden de tres fuentes principales, las cuales se encuentran sistematizadas por el Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT). Según el art. 19 de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (ratificada por Brasil en 2007), se entiende por tortura todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. La Ley n° 9.455/1997 tipifica los delitos de tortura como las conductas que, con un empleo de violencia o amenaza grave, imponen a alguien sufrimiento psíquico o mental con el propósito de obtener información, declaración o confesión de la víctima o terceros; provocar acción u omisión de carácter criminal, o debido a discriminación racial o religiosa. La ley brasileña también define como tortura

---

3 BRASIL. Documento de presentación de directrices y estrategias del programa Crack, se Puede Vencer. Brasilia, 2013.

el acto de someter a alguien bajo su custodia, poder o autoridad, con el uso de violencia o amenaza grave, a intenso sufrimiento físico o mental, como una forma de aplicar castigos personales o medidas preventivas.

En relación con las personas privadas de libertad debido a medidas de protección o de asistencia, el MNPCT adopta, además de las definiciones antedichas, una perspectiva más amplia sobre la concepción de tortura prevista en el art. 29 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura para contemplar la peculiar vulnerabilidad de las personas en estas instituciones. Objetivamente, se considera tortura u omisiones de servidores públicos o personas actuando en calidad de funcionario público, aplique sobre una persona métodos (i) tendientes a anular la personalidad de la víctima o (ii) a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica.

### **Políticas Públicas e Saúde Mental: Disputas em Curso**

Sobre la base de los marcos normativos aquí descritos, el Estado brasileño ha estado construyendo la transición del modelo asistencial, reemplazando la perspectiva manicomial por equipamientos de atención en libertad circunscritos a los territorios. La articulación con la atención primaria en salud se ha realizado a través de los equipos de los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) y los Consultorios en la Calle, incluso en pequeños municipios que no cuentan con Centros de Atención Psicosocial (Caps) El número de Caps en el país ha aumentado gradualmente. En total, se pasaron de 148 en 1998 a 2.462 en 2015<sup>4</sup>, incluyendo a 324 Caps AD y 106 Caps ADIU -implantados a partir de 2011 entre las estrategias del programa “Crack, se Puede Vencer”. Se trata de unidades que trabajan continuamente, las 24 horas del día. También conforman la red los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT), los centros de convivencia, las emergencias psiquiátricas en hospitales generales y la atención en salud mental en la red sanitaria básica, entre otros.<sup>5</sup>

A pesar de los avances, hay muchos desafíos involucrados en reemplazar los hospitales psiquiátricos por una red de atención de base comunitaria. No hay duda de que el país aún necesita invertir en la expansión y calificación de estos servicios, para que sean más fácilmente accesibles a la población, más abiertos, comunitarios e instalados en el territorio.

---

4 MINISTERIO DE SALUD/ Coordinación de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas. Panorama y Diagnóstico de la Política Nacional sobre Salud Mental. Brasília, agosto de 2017. Disponible en <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>

5 MINISTERIO DE SALUD/ Coordinación de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas. Salud Mental en Datos 12. Año 10, n° 12, octubre de 2015.

En la presente década, las políticas sobre drogas han ganado protagonismo. El uso del crack en las ciudades pequeñas y grandes impactó sobre la dinámica urbana (especialmente en algunas capitales), recibió una amplia cobertura de los medios de comunicación y terminó abriendo el camino para nuevas acciones en salud, asistencia social y seguridad dirigido a los usuarios de estas sustancias.

En ese contexto, algunos textos normativos comenzaron a incluir a las comunidades terapéuticas entre los mecanismos de atención. En diciembre de 2011, una ordenanza del Ministerio de Salud instituyó oficialmente la Red de Atención Psicosocial (Raps) para personas con sufrimiento o trastorno mental y con necesidades derivadas del uso de crack, alcohol y otras drogas en el marco del Sistema Único de Salud (SUS).

La Ordenanza MS/GM n° 3.088/2011 definió la composición de la red y las funciones que cada “centro de atención” debe cumplir, articulando la atención básica de salud, la atención psicosocial especializada, la atención de urgencia y emergencia, la atención hospitalaria, las estrategias de desinstitucionalización y la rehabilitación. Las comunidades terapéuticas fueron incluidas como Servicios Transitorios de Atención Residencial, definidos como “servicios de salud destinados a proporcionar atención sanitaria continuada, en condición residencial transitoria por un período no superior a nueve meses para adultos con necesidades clínicas estables, resultado del uso de crack, alcohol y otras drogas”(Ordenanza MS/GM n° 3.088/2011, art. 9°, inciso II).

Es digno de mención que el art. 2° de la Ordenanza MS/GM n° 3.088/2011, establece por eje central entre sus supuestos la garantía inalienable de los derechos humanos. En este sentido, todos los dispositivos de la Raps (incluidas las comunidades terapéuticas) están sujetos a las directrices previamente definidas, bajo pena de actuar en desacuerdo con la legislación. Por lo tanto, la Ordenanza del Ministerio de Salud dio un nuevo paso hacia la inclusión de esos establecimientos en la red de atención de la salud, habiendo puesto en perspectiva la transferencia de fondos público a las comunidades terapéuticas, sin la definición precisa del significado del término.

En 2012, el Ministerio de Salud publicó una nueva ordenanza, que instituyó incentivos financieros a los estados, municipios y el Distrito Federal para apoyar los servicios de acogimiento residencial, incluidas las comunidades terapéuticas (Ordenanza MS/GM n° 131/2012). Esa norma definió las reglas para que las comunidades terapéuticas pudiesen recibir financiación, que incluyen documentación, diseño técnico, estructura, equipo técnico, seguimiento clínico, entre otros.

Algunos meses antes, en junio de 2011, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) había regulado los requisitos de seguridad sanitaria para el

funcionamiento de “instituciones que prestan servicios de atención a personas con trastornos debidos a uso, abuso o dependencia a sustancias psicoactivas (SPA), sobre una base de residencia” (Resolución RDC n° 29/2011, de la Junta Directiva Colegiada de Anvisa). A pesar de esa norma no mencionar directamente el nombre de “comunidad terapéutica”, una Nota Técnica<sup>6</sup> publicada por Anvisa en 2013 hizo hincapié en el uso del término ‘comunidades terapéuticas’ para referirse a esas instituciones, además de sanar las dudas acerca de su responsable técnico (nivel superior legalmente calificado y capacitado en cualquier área), la gestión del personal (recursos humanos a tiempo completo) y el proceso de ingreso (que requiere evaluación de parte de las instituciones de la red sanitaria).

La inclusión de las comunidades terapéuticas como dispositivos del sistema de atención de la salud fue objeto de intensos debates entre 2010 y 2012, y siguió siendo objeto de controversias, incluso en el Consejo Nacional de Política sobre Drogas (CONAD), instalado dentro del Ministerio de Justicia, en el marco del Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). A lo largo de 2014, cuando se debatió un proyecto para la regulación de las comunidades terapéuticas en lo que atañe a la legislación de las políticas sobre drogas, los Consejos Federales de Psicología y Servicio Social, entre otros, cuestionaron puntos del texto que se mostraban incongruentes con las directrices de atención de salud mental, ya definidas por la Ordenanza N° 3.088/2011 del Ministerio de Salud, entre otras normas y legislaciones que se ocupan de la materia. En 2015, Conad publicó una resolución, caracterizando a las comunidades terapéuticas como “entidades que realizan la acogida voluntaria de personas con problemas asociados con el uso perjudicial o la adicción a sustancia psicoactiva” (Res. PR/GS1/CONAD n° 1/2015).

Después de la acción del Ministerio Público Federal en Sao Paulo, la resolución llegó a ser suspendida por la Justicia Federal (2° Juzgado Federal de Sao Paulo), pero volvió a la vigencia la decisión de la jueza federal del Tribunal Regional Federal de la **3a** Región.<sup>7</sup> Por lo tanto, el tema sigue objeto de controversia en el momento de la publicación del presente informe.

Aún en 2016, la Secretaría de Atención de la Salud, del Ministerio de Salud, agregó comunidades terapéuticas a la Tabla de Tipos de Establecimientos de Salud del Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES), como Núcleo de Prevención de Enfermedades y Agravios a la Promoción de la Salud, tipificándolas como entidades que no reúnen las características de atención clínica, médica o incluso hospitalaria u hospitalización psiquiátrica (Ordenanza SAS/MS n° 1.482/2016). En resumen, la norma incluye a las comunidades terapéuticas dentro

6 Nota Técnica n° 055/2013 GRECS/GGTES/ANVISA

7 Número del expediente: 0014992-18.2016.403.6100. La tramitación puede consultarse en <http://www.jfsp.jus.br/foruns-federais/>

de la red complementaria de atención de la salud, ya que pasan a considerarlas elegibles para el registro en el CNES y, por lo tanto, al recibimiento de fondos del Sistema Único de Salud.

Esta ordenanza fue objeto de debate en el Consejo Nacional de Salud (SNC), que recomendó al Ministerio de Salud derogar la norma, cuestionando la legalidad de considerarse a las comunidades terapéuticas establecimientos de salud. Sin embargo, un miembro del CNS recurrió a la recomendación, generando un compás de espera que se mantiene al momento de la publicación de este informe.

En estos debates, traducidos en disputas sobre normas y políticas públicas, se dejan ver diversos principios e intereses en torno a la regulación de las comunidades terapéuticas en Brasil.

La inclusión de comunidades terapéuticas como dispositivos de atención para los usuarios de alcohol y otras drogas ha generado varias reacciones de la sociedad civil y sectores del poder público. Son expresiones que tienden a regresar a una estrategia de atención centrada en las enfermedades y el modelo manicomial, paradójicamente insertada en la normativa sobre la atención a los usuarios de alcohol y otras drogas que afirman tener como supuestos la atención en libertad, la atención psicosocial e, incluso, la reducción del daño, como lo señalan los estudios académicos recientes.<sup>8</sup>

### **Resolución n° 2.056/2013 del Consejo Federal de Medicina (CFM)**

El Consejo Federal de Medicina, a través de la Resolución N° 2.056/2013, definió y estandarizó los servicios y entornos médicos, determinando los criterios mínimos de funcionamiento, así como la actuación de los profesionales médicos en estos lugares. El texto trata de los establecimientos de internación médica, definiendo las condiciones mínimas para los servicios que prestan asistencia en hospitalización, parcial o integral (Resolución CFM n° 2.056/2013, art. 26).

La Resolución CFM N° 2.056/2013 hace la diferenciación entre las comunidades terapéuticas de carácter médico de las consideradas no médicas. El párrafo 2° del art. 28, señala que:

Las comunidades terapéuticas de carácter médico deben ofrecer las mismas condiciones que los demás establecimientos de

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

hospitalización, garantizando la asistencia médica durante todos los turnos de su funcionamiento, y la presencia de médicos asistentes y el equipo completo de personal, de acuerdo con la Ley n° 10.216/2001, las normas vigentes y el Manual de Inspección y Verificación de la Medicina en Brasil.

En este sentido, este reglamento tiene por objeto garantizar que se respeten los parámetros de atención adecuada, si la comunidad terapéutica lleva a cabo la internación, parcial o integral, así como la prescripción de medicamentos – lo que la enmarca como una comunidad de carácter médico.

En el párrafo 1, art. 29, la Resolución n° 2.056/2013 del CFM también señala prohibiciones para las comunidades terapéuticas no médicas:

En estos establecimientos, no se deben prescribir recetas de medicamentos, y están estrictamente prohibidas las hospitalizaciones involuntarias y obligatorias debidas a trastornos psiquiátricos, incluida la adicción química, o patologías que requieren atención médica presencial y constante.

Por lo tanto, la Resolución CFM n° 2.056/2013 deja claro que los procedimientos de internación involuntarias y obligatorias, así como la prescripción de medicamentos, sólo pueden ser realizados por comunidades terapéuticas de carácter médico.

Esto conlleva a que las comunidades terapéuticas que realizan internaciones involuntarias y obligatorias deben ofrecer las mismas condiciones de los establecimientos hospitalarios, es decir, contar con turno médico presencial durante todo el tiempo de funcionamiento y personal completo.

## **Derechos fundamentales**

Por último, vale la pena recordar que doquier estén las personas, e independientemente de los trastornos o tratamientos que reciban, el respeto de la dignidad humana está garantizado tanto por la Constitución Federal de 1988 como por los documentos internacionales de derechos humanos.

II Entre los derechos y deberes individuales y colectivos establecidos por el art. 5° de la Constitución Federal de 1988, consigna la igualdad ante la ley, sin distinción de ninguna naturaleza, garantizando a los brasileños y extranjeros residentes en el país la inviolabilidad del derecho a la vida, la libertad, la igualdad, la seguridad y la propiedad. El texto constitucional prescribe que:

II -nadie está obligado a hacer o dejar de hacer alguna cosa sino en virtud de ley;  
III -nadie será sometido a tortura o trato inhumano o degradante;

IV -es libre la manifestación del pensamiento, quedando prohibido el anonimato;

VI - es inviolable la libertad de conciencia y de creencia, estado asegurado el libre ejercicio de los cultos religiosos y garantizada, en la forma de la ley, la protección de los locales de culto y sus liturgias;

VII - queda asegurada, en los términos de la ley, la prestación de asistencia religiosa en las entidades civiles y militares de internamiento colectivo;

X- son inviolables la intimidad, la vida privada, el honor y la imagen de las personas, asegurándose el derecho a indemnización por el daño material o moral derivado de su violación;

XII-es inviolable el secreto de la correspondencia, de las comunicaciones telegráficas, de las informaciones y de las comunicaciones telefónicas, salvo, en el último caso, por orden judicial, en las hipótesis y en la forma que la ley establezca para fines de investigación criminal o instrucción penal;

El artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos garantiza a todo individuo derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. Los siguientes artículos postulan que nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre y que nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos ratifica, en su artículo 7, el derecho a la libertad y a la seguridad personales y que nadie puede ser privado de su libertad física, salvo por las causas y en las condiciones fijadas de antemano por las Constituciones Políticas de los Estados Partes o por las leyes dictadas conforme a ellas.

Sobre la base de esa Convención, en el caso de Ximenes Lopes en 2006, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en una decisión sin precedentes, condenó a Brasil por violar los derechos a la vida, la integridad física, las garantías judiciales y la protección judicial. El cearense Damião Ximenes Lopes, en sus idos 30 años y con antecedentes de trastornos mentales, murió a causa de golpes, malos tratos y torturas, el 4 de octubre de 1999, después de tres días de hospitalización en la *Casa de Repouso Guararapes*, un hospital psiquiátrico privado ubicado en Sobral, Ceará, acreditado en su momento para ofrecer atención por el SUS. En el fallo<sup>9</sup>, la Corte incluyó la opinión de la médica psiquiátrica Lúcia Dias Costa, quien di seguimiento a las investigaciones del caso, y subrayó que Damião sufrió lesiones traumáticas correspondiente a la tortura, tal como se define en el Protocolo de Estambul. La decisión planteó a nivel internacional la presión sobre el Estado brasileño para que revisara las políticas públicas en el ámbito de la salud mental.

---

9 CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes versus Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006. Disponible en: [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_149\\_por.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf)

Todo ese marco jurídico y normativo sostuvo la realización de la Inspección Nacional en Comunidades Terapéuticas 2017, con el objetivo de recopilar información sobre las prácticas desarrolladas en estos espacios y para evaluar el cumplimiento de los principios y normas aquí presentados.

Cabe señalar que, en diciembre de 2017, la Política Nacional de Salud Mental fue modificada por iniciativa del Ministerio de Salud, que se aprobaron por la Comisión Intergestores Tripartita (CIT). Más allá de cambios significativos en la Raps, la actualización normativa definió que las comunidades terapéuticas serían objeto de regulación posterior, por medio de una ordenanza específica. Sin embargo, el presente informe fue construido posterior al marco normativo vigente al momento de la realización de la inspección, en octubre de 2017.



# 2 ASIGNACIONES FORMALES

CAM 2 

CAM 8 

CAM 6  

CAM 7 

 CAM 10 

CAM 11 

 CAM 14  

CAM 15 



## 2. ASIGNACIONES FORMALES

Las tres instituciones que han coordinado esta Inspección Nacional en Comunidades Terapéuticas tienen sus atribuciones definidas por el Estado brasileño, cuales son: proteger los derechos, fiscalizar la aplicación de leyes e instituciones que ofrecen servicios a la sociedad y regular la actividad profesional. Cada uno acumula experiencias específicas en el campo de la salud mental, que proporcionó las bases técnicas, metodológicas y jurídicas para la realización de esta inspección.

Esta sección presenta brevemente los mandatos del Consejo Federal de Psicología (CFP), del Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT) y de la Procuraduría Federal de los Derechos Humanos, del Ministerio Público Federal (PFDC/MPF). También describe algunas de sus acciones previas a favor de la garantía de derechos en el ámbito de la salud mental, con el fin de sintetizar las responsabilidades, las atribuciones y la experiencia en los temas que conciernen a este informe.

### **Consejo Federal de Psicología**

Corresponde a los Consejos Federal y Regionales de Psicología guiar, normalizar y supervisar el ejercicio de la profesión, además de realizar la mediación entre la psicología y la sociedad. El Consejo Federal de Psicología (CFP) tiene como prerrogativa elaborar, aprobar y asegurar el cumplimiento del Código de Ética Profesional del Psicólogo. También actúa como un tribunal superior de ética profesional. El Consejo Federal mantiene una Secretaría de Orientación y Ética que se encarga de la elaboración de directrices para el trabajo de los Consejos Regionales de Psicología relacionados con la orientación y la ética profesional.

La actuación de la Secretaría de Orientación y Ética del CFP se realiza en asociación con los llamados Comités de Orientación y Ética (COEs) y los Comités de Orientación y Supervisión (COFs) de los Consejos Regionales de Psicología (CRPs). Además de supervisar la práctica profesional a través de diligencias, estos comités regionales tienen la función de guiar el ejercicio profesional de psicólogo y psicólogo, basado en el Código de Ética Profesional.

A través de resoluciones, el CFP proporciona orientación acerca del cumplimiento de la normativa de la profesión y define legalmente las competencias del ejercicio

de la psicología. Se puede entender que este es el sentido de regular la profesión por medio de las resoluciones que rigen las prácticas profesionales, incluidas las que guían las inspecciones de derechos humanos. Además de regulación formal, el CFP y los CRPs han estado promoviendo espacios para el debate y la formulación de referencias técnicas para el actuar de la psicología en varias áreas.

Corresponde también al CFP llevar a cabo acciones de supervisión de las prácticas de las psicólogas y los psicólogos, siempre de acuerdo con el Código de Ética y las resoluciones que establecen parámetros para la profesión. Así, la inclusión del CFP en los debates públicos sobre las comunidades terapéuticas se basa en la preocupación por el desempeño de las psicólogas y los psicólogos en estos espacios y con respecto a las reglas de la profesión y los derechos humanos.

La labor de los consejos está directamente relacionada con varios temas socialmente relevantes en los que la psicología ha sido llamada a actuar en las últimas décadas. Así, atraviesa este debate la implicación histórica de los consejos y profesionales en los nombrados movimientos sanitaristas y antimanicomial, que al menos desde los años 1970 condujeron a la reformulación de los tratamientos y cuestionaron la internación y exclusión de la convivencia en sociedad como principios para el trabajo. Las discusiones sobre prisiones, hogares de ancianos de larga duración, hospitales de custodia y tratamiento psiquiátrico y espacios para la internación de los consumidores de drogas están relacionadas con la agenda antimanicomial y condujeron a la realización de Inspecciones Nacionales de Derechos Humanos, por el CFP y los Consejos Regionales de Psicología, la Comisión Nacional de Derechos Humanos y los respectivos comités regionales, siempre junto a socios locales.

Asimismo, el debate sobre el consumo de alcohol y otras drogas ha movilizado a psicólogos, académicos y gestores públicos. Todos estos temas reflejan directamente sobre cuestiones relacionadas con la regulación de la profesión y la regulación de las prácticas de psicólogas y psicólogos, pero también en el debate sobre políticas de salud pública y asistencia social.

Desde 1997, el CFP mantiene una Comisión de Derechos Humanos y, en los años siguientes, comisiones congéneres se han establecido en los Consejos Regionales de Psicología (CRPs). Su objetivo es fomentar la reflexión y el debate sobre los derechos humanos inherentes a la formación, la práctica profesional y la investigación en psicología. Buscan estudiar los múltiples procesos de exclusión como fuente de producción de sufrimiento psíquico, evidenciando el modo socioeconómico de producción y los efectos psicológicos que constituyen su aspecto subjetivo.

Corresponde a los comités intervenir en situaciones concretas de violaciones de los derechos humanos, especialmente en aquellos que producen sufrimiento psíquico, y buscar soluciones para la omisión de acciones del Estado.

A lo largo de 30 años, los Comités de Derechos Humanos han desarrollado principalmente tres mecanismos de acción en psicología: la realización de seminarios temáticos, el planteamiento de campañas de sensibilización y el destaque a temas para debates y, por último, el planteamiento de inspecciones de derechos humanos, a nivel nacional, junto con sus socios. Estos últimos tienen el objetivo de intervenir en situaciones concretas en las que haya violaciones de los derechos humanos, especialmente cuando producen sufrimiento psíquico.

La primera inspección, titulada “Inspección Nacional de Unidades Psiquiátricas a favor de los derechos humanos”, se llevó a cabo simultáneamente en 16 estados brasileños y en el Distrito Federal, en 2004. El segundo, titulado “Un retrato de las unidades de internación de los adolescentes en conflicto con la ley”, tuvo lugar en 22 estados y en el DF, en 2006. La tercera inspección, en instituciones para ancianos de larga estancia (ILPIs), se realizó en 2017, junto con el Colegio de Abogados de Brasil (OAB), en 12 unidades de la Federación (11 estados y en el DF). La “4ª Inspección Nacional de Derechos Humanos: sitios de internación para usuarios de drogas” se llevó a cabo en 2011 y realizó inspecciones con varios socios locales en 68 instituciones de internación, en 24 estados brasileños y el DF. En 2015, se llevó a cabo una inspección en hospitales de custodia y tratamiento psiquiátrico de hospitales (HCTPs), en asociación con el Consejo Federal de la OAB y con la Asociación Nacional del Ministerio Público en Defensa de la Salud (Ampasa), con visitas a manicomios judiciales, hospitales de custodia, pabellones psiquiátricos y similares en 17 estados y el DF.

## **Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura**

El Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPTC) es el resultado del compromiso internacional asumido por el Estado brasileño en 2007, con la ratificación del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes de las Naciones Unidas (ONU).

El MNPCT forma parte del Sistema Nacional de Prevención y Enfrentamiento contra la Tortura, establecido por la Ley nº 12.847/2013 y regulado por el Decreto Presidencial nº 8.154/2013. Está formado por 11 expertas y expertos especialistas, con notorio saber y experiencia en el ámbito de la prevención y el enfrentamiento contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes. De conformidad con la ley, a ellos les toca planificar, realizar visitas,

supervisar periódicamente y regular acerca de las personas privadas de libertad para verificar las condiciones de hecho y de derecho a las que se encuentran sometidas. Es responsabilidad del MNPCT articularse con el Subcomité de Prevención de las Naciones Unidas, a fin de garantizar el apoyo a sus actividades en todo el territorio nacional, construyendo estrategias para el diseño de políticas de prevención y enfrentamiento contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes.

A tal fin, se garantiza a los expertos el acceso sin restricciones a las instalaciones de todas y cada una de las instituciones de privación de libertad en las que las personas estén obligadas, ya sea por orden de autoridad judicial, ya sea administrativa o policial, para permanecer en sitios públicos o privados definidos, de los cuales no puedan salir, independientemente de su voluntad, abarcando a los sitios de hospitalización a largo plazo, los centros penitenciarios, establecimientos penales, hospitales psiquiátricos, instituciones que ofrecen tratamiento para personas que hacen uso de alcohol y otras drogas (incluidas las comunidades terapéuticas), residencias de custodia, instituciones socioeducativas para adolescentes en conflicto con la ley y zonas de detención disciplinarios en cuarteles militares.

Al MNPCT corresponde, con fuerza de ley, elaborar un informe circunstanciado con recomendaciones a las autoridades competentes (ya sea a nivel municipal, estatal o federal) relacionado con las instituciones inspeccionadas, cuyo propósito es construir estrategias para cambiar la realidad constatada, a fin de garantizar los derechos de esa población hasta entonces ignorada.

Los informes elaborados por el MNPCT se presentan al Comité Nacional para la Prevención y el Enfrentamiento contra la Tortura, a la Procuraduría General de la República, a la administración de las unidades visitadas y a otras autoridades competentes. Además, las recomendaciones emitidas por el Mecanismo Nacional deben tenerse en cuenta en la transferencia de fondos federales a las unidades de la federación, especialmente en la selección de proyectos que utilizan recursos procedentes del Fondo Penitenciario Nacional, el Fondo Nacional de Seguridad Pública y el Fondo Nacional para la Infancia y la Adolescencia.

El MNPCT también puede exigir el enjuiciamiento de procedimientos penales y administrativos mediante la identificación de indicios de la práctica de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas y degradantes. También le corresponde a él sugerir planteamientos legislativos.

Desde su creación, el Mecanismo Nacional ha inspeccionado a diversas instituciones que se relacionan con la temática de la salud mental, en 11 unidades de la federación. Como espacios de privación de libertad, los manicomios (judiciales u hospitales psiquiátricos clásicos) y otras instituciones manicomiales

dirigidas a personas con trastorno mental, asociado o no con el consumo de alcohol y otras drogas, incluidas las llamadas comunidades terapias, vienen siendo inspeccionadas por el Mecanismo Nacional, en razón del gran número de denuncias contra esas instituciones. Cabe destacar que, además de las denuncias, la elección de los estados y posteriormente de las instituciones sigue la planificación anual del órgano, que toma en cuenta la equidad de misiones a realizarse entre todas las regiones del país.

## **Procuraduría Federal para los Derechos del Ciudadano**

Como órgano del Ministerio Público Federal, la Procuraduría Federal para los Derechos de los Ciudadanos (PFDC/MPF) actúa en la promoción y defensa de los Derechos Humanos, sobre la base de la misión constitucional atribuida al MPF de protección y garantía de los derechos fundamentales.

En el ámbito de la salud mental, la PFDC está trabajando para garantizar que la política de atención de salud mental implementada por el Estado brasileño cumpla con los principios establecidos en la Ley de Reforma Psiquiátrica (Ley n° 10.216/2001), en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y en la Ley Brasileña de Inclusión (Ley n° 13.146/2015), entre otras normas.

Está clara que este amplio marco jurídico le asigna a la reinserción social de la persona con trastorno mental, de sólo ser posible a partir de un modelo de atención abierto y comunitario, guiado por el respeto a la dignidad humana.

En este sentido, la Procuraduría Federal de Derechos de los Ciudadanos se ha dedicado al seguimiento permanente de las políticas públicas dirigidas a esa población. El objetivo es garantizar la atención multidisciplinar, centrada en la inclusión y la autonomía de las personas con trastornos mentales, a partir de una nueva disposición de servicios e inversiones públicas en el área – tomando por referencia al Sistema Único de Salud (SUS).

La actuación se basa especialmente en las nuevas directrices establecidas en 2001 por la Ley Brasileña de Reforma Psiquiátrica. La legislación instituyó un nuevo paradigma en la política de salud mental del país, guiando hacia el fin de la internación en instituciones con característica manicomial y hacia la atención desde una red de servicios comunitarios.

Bajo esta perspectiva, en 2012, por ejemplo, el Ministerio Público Federal comienza a movilizar esfuerzos para desinstitucionalizar a los pacientes mantenidos en hospitales psiquiátricos a largo plazo en la región de Sorocaba/

SP – el más grande centro manicomial del país. A través de un Término de Ajuste de Conducta (TAC) –que también involucró al MP estatal, la Unión, el estado y los municipios–, siete hospitales psiquiátricos privados de la región asumieron el compromiso de transferir a todos sus pacientes a la Red de Atención Psicosocial (RAPs) administrada por el poder público.

Además del fin del confinamiento en estos establecimientos manicomiales, el TAC estableció la creación de residencias terapéuticas y la otorga de prestaciones de asistencia por el Instituto Nacional de Seguros Sociales (INSS) a los internos. La búsqueda de asegurar la dignidad a cientos de pacientes que vivían en esas instituciones fue reconocida por el Premio Innovare, que en 2014 reconoció la actuación del Ministerio Público como una de las vencedoras de la premiación.

Como ejemplo del trabajo realizado en el área de manicomios de Sorocaba, otras Procuradurías de los Derechos del Ciudadano también han actuado para cumplir con las directrices de la Ley N° 10.216/2001. La propuesta central no es sólo la desinstitucionalización psiquiátrica, sino también fortalecer la implantación de la Red de Atención Psicosocial, basada en servicios centrados en la atención multidisciplinaria, la inclusión y la autonomía de las personas con trastorno mental-incluyendo aquellos debido al consumo de alcohol y otras drogas.

En este sentido, la Procuraduría Federal de los Derechos del Ciudadano ha hecho hincapié de que la atención a las personas con problemas derivados del uso abusivo de sustancias psicoactivas debe darse en el marco del SUS. En este sentido, la PFDC se ha posicionado en contra de la destinación de recursos públicos a las denominadas comunidades terapéuticas, cuyo modelo de actuación se da en medio al incumplimiento de las directrices dictadas por la Ley n° 10.216/2001. En 2016, luego después de la acción realizada por el Ministerio Público Federal, la Corte dictaminó, en carácter temporal, que el Consejo Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) interrumpiese la vigencia de la resolución que hacía posible la existencia de entidades de acogimiento que no configuran ser parte del equipamiento de salud. La resolución llegó a ser suspendida por la Justicia Federal, pero volvió a vigorar a decisión del Tribunal Regional Federal de la 3ª Región y, en la fecha de publicación de este informe, aún esperaba la decisión final.

Otro frente de actuación está en la búsqueda de llevar a las personas en cumplimiento de las medidas de seguridad los dispositivos de la Ley de Reforma Psiquiátrica, garantizándoles la atención a través del Sistema Único de Salud. Para ello, en 2009, la PFDC instituyó un comité interdisciplinario de especialistas y fiscales para analizar la situación de las personas con trastornos mentales en cumplimiento de medida de seguridad, así como la situación de los hospitales de custodia y el tratamiento psiquiátrico existente en todas las unidades de la

federación. El trabajo dio lugar a la elaboración del “Dictamen sobre Medidas de Seguridad y Hospitales de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico bajo la Perspectiva de la Ley n° 10.216/2001”- una publicación que se hizo referencia en la actuación del Ministerio Público Federal en la materia.

Desde 2017, la Procuraduría Federal de los Derechos del Ciudadano tiene un grupo de trabajo dedicado al tema del derecho a la salud mental. Ese colectivo ha actuado, sobre todo, ante las amenazas de desarticulación de la actual política nacional de salud mental sostenida en la reciente propuesta del gobierno federal de cambiar el modelo y el financiamiento de la Red de Atención Psicosocial.



# 3. METODOLOGÍA





### 3. METODOLOGÍA

Las inspecciones, realizadas en 11 estados brasileños y en el Distrito Federal, siguieron una metodología común, consignada por visitas en las que se registraron observaciones de los profesionales participantes, se realizaron entrevistas con los gestores, empleados e internos de las comunidades terapéuticas y se recolectaron documentos. Evaluadas siguiendo los mismos procedimientos y preguntas, las prácticas identificadas a través de las visitas permiten una mirada general a las comunidades terapéuticas en Brasil.

La metodología utilizada se desarrolló a partir de las experiencias de la Procuraduría Federal para los Derechos del Ciudadano (PFDC/MPF), el Mecanismo Nacional para la Prevención y el Combate a la Tortura (MNPCT) y el Consejo Federal de Psicología (CFP). La inspección se basó en la legislación nacional y los acuerdos internacionales de los que el Brasil es signatario.

El núcleo de la inspección fueron las visitas a comunidades terapéuticas, en las que un equipo recolectó la información, para su reporte y análisis posterior. Cada equipo se conformó al menos por representantes de la PFDC/MPF y los Consejos Regionales de Psicología, acompañados de socios locales (los equipos de cada visita se enumeran en el Anexo 1). Expertos del MNPCT asistieron a las visitas en algunos estados.

En resumen, en las visitas, las inspecciones recolectaron información sobre las comunidades terapéuticas desde cuatro miradas:

1. Entrevistas con personas privadas de libertad: con el objetivo de comprender el funcionamiento de la institución, desde el punto de vista de las personas en internación, haciendo hincapié en la identificación de posibles violaciones de derechos;
2. Entrevistas con el equipo de trabajadores: con el fin de verificar el funcionamiento de la institución, desde el punto de vista de los empleados;
3. Análisis de documentos: estudio de la base formal de funcionamiento de la CT, incluyendo su licencia de operación, el reglamento interno, los proyectos terapéuticos y el registro de actividades;
4. Entrevista con la junta directiva de la CT: para evaluar el punto de vista oficial de la institución sobre su organización interna y funcionamiento.

La recolección por separado de esta información fue importante para la construcción de un marco consistente del funcionamiento de esas instituciones, especialmente en lo que atañe a la situación de las personas privadas de libertad. Por lo tanto, era importante verificar si la información recolectada se confirmaba o se contradecía entre sí, lo que se denominó, para los fines de este informe, de “triangulación de la información”.

El informe final presentado aquí se basó en el conjunto de los informes locales, procedentes de cada región del país. Es importante destacar que en Brasil hay un pequeño número de publicaciones y análisis que tratan de las comunidades terapéuticas, a veces con conclusiones discordantes, de tal modo que la inspección nacional -con esta metodología y carácter exploratorio- busca reunir información confiable sobre las prácticas y dinámicas que se adoptan en estos sitios.

## **Objetivos y Planificación**

En líneas generales, las inspecciones tenían dos objetivos: verificar y analizar las condiciones de privación de libertad de las personas internadas en comunidades terapéuticas, especialmente verificar la existencia de violación de derechos; y analizar el *modus operandi* de las instituciones inspeccionadas.

La Coordinación Nacional de la acción dio inicio a un proceso de movilización en los Estados para organizar las visitas. Durante el período de planificación, se celebraron más de 30 videoconferencias con los Estados para: presentar la metodología de las inspecciones, vez u otra haciendo revisiones o inclusiones; y ayudar a planificar las inspecciones en sí, discutiendo cuestiones logísticas y preparando el informe. Con respecto a la selección de los sitios a visitar, aunque el tema haya sido objeto de reflexión con la coordinación nacional de la inspección, la elección de las comunidades terapéuticas a inspeccionar estaba bajo la exclusiva responsabilidad de los equipos en los estados.

## **Inspecciones**

La Inspección Nacional tuvo lugar los días 16 y 17 de octubre de 2017, movilizand o equipos en 12 unidades de la federación (11 estados y el DF) y visitando a un total de 28 comunidades terapéuticas. Tanto la fecha como la indicación de las CTs a inspeccionar estuvieron bajo secreto, con el fin de permitir que las inspecciones encontrasen una situación lo más cercana posible a la vida cotidiana de estas instituciones.

Los equipos de inspección tenían un mínimo de cuatro y un máximo de diez

personas. Al llegar a la institución, cada equipo se presentaba a la persona responsable presente, indicando los objetivos y la dinámica de trabajo. Además, se informaba una lista de documentos que la CT debería presentar, y se hacía cita para que, al final de la inspección, se diera una entrevista con la dirección de la comunidad.

Tras esa presentación, el equipo se esparcía para conocer la infraestructura de la comunidad terapéutica y realizar las entrevistas semiestructuradas con personas privadas de libertad y con empleados. Las entrevistas siempre se realizaron entre dos personas del equipo y, en el caso de las CTs donde había mujeres internadas, eran preferiblemente realizada por dos mujeres. El propósito de esas entrevistas fue para capturar el modo de operación de la CT, especialmente acerca de los proyectos terapéuticos (en ámbito global y singular), las normas y las sanciones (incluidos los castigos y las contenciones físicas o químicas), qué se entiende por laborterapia, prácticas de “rescate” o remoción, prácticas religiosas, tratamiento en términos de género y sexualidad, privacidad y mecanismos de denuncia contra los abusos, así como eventuales barreras para impedir que la persona internada abandone la institución voluntariamente. El formato semiestructurado tenía como objetivo dejar al entrevistado a gusto para hablar, asegurándole el anonimato y la privacidad de las declaraciones.

La última etapa de la inspección fue la entrevista con la dirección o el responsable presente en la CT, con base en un cuestionario estructurado. El formato tenía el objetivo de obtener información oficial sobre el funcionamiento de la institución de manera desglosada.

## **Análisis y Redacción de los Informes**

En los estados participantes, el respectivo Consejo Regional de Psicología fue designado como centro de coordinación para recibir la información recopilada durante la inspección, inclusive por los fiscales de la República (co-coordinadores de la inspección local junto con los CRPs en cada región), y redactar el informe de cada comunidad visitada, que se remitió a la Coordinación Nacional. A su vez, los 28 informes locales proporcionaron la construcción del informe nacional.

Inicialmente, la información de cada uno de los informes fue tabulada con el fin de permitir la identificación de la frecuencia de ocurrencia de cada tema investigado, a la luz de la metodología propuesta. Esta sistematización dio lugar a los datos cuantitativos que se mencionarán a lo largo de la sección de análisis.

Además, se seleccionaron extractos de los informes de cada estado con el fin de demostrar, en el informe final, los trabajos de inspección realizados y proporcionar

informes de las situaciones concretas encontradas. Los extractos seleccionados tienen por objeto presentar ejemplos y aportar subsidios a los análisis. Sin embargo, los casos presentados no tienen la intención de dar cuenta del total de sucesos en cada sentido, y tampoco pretenden individualizar los casos. Por el contrario, pretenden permitir el acceso a la riqueza de las situaciones con las que se han encontrado los equipos de inspección, agregando valor a la información empírica allí recolectada.

Sobre la base de esta información, construimos los análisis que dieron lugar a los capítulos de síntesis, en los que los datos empíricos se evaluaron en función del conjunto de normas y reglas que les conciernen, gran parte de ellas ya identificadas en el texto introductorio.

Este informe no se constituye de una muestra estadística, por lo que las conclusiones no pueden generalizarse de manera probabilística – lo que demandaría un trabajo más amplio que, por cierto, sería agravado por la inexistencia de información oficial sobre el universo de las comunidades terapéuticas en Brasil.

Por lo tanto, se trata de una obra de carácter exploratorio, y la aplicación de la metodología compartida garantiza la fidelidad de la información presentada. En este sentido, también es importante decir que los documentos que guiaron la visita están disponibles, en su totalidad, en la página del CFP ([www.cfp.org.br](http://www.cfp.org.br)): Metodología de Visita; Lista de Documentos Solicitados; Guion con la Dirección; Hoja de Ruta para la Elaboración de Informes; Guion Semiestructurado de Entrevista con Personas Privadas de Libertad; Guion Semiestructurado Entrevista con el Conjunto de los Empleados; y Referencias Legislativas.

## **Seguimientos Hacia los Organismos Competentes**

Además de proporcionar subsidios a la elaboración del informe nacional de inspección, también se han utilizado como subsidios para la labor de articulación los informes locales, establecida en ámbito local, que al igual deben generar acciones tales como el seguimiento de quejas y las solicitudes de inspecciones de parte de los distintos organismos públicos que tienen competencia en relación con los problemas identificados, los cuales se presentan en las páginas siguientes. Esto significa que se espera que la información recopilada durante las inspecciones proporcione insumos para la continuidad de las alianzas establecidas en cada uno de los estados visitados.

# 4

# SÍNTESES DE LOS INFORMES DE INSPECCIÓN

NÃO É PERMITIDO A PASSAGEM DE ACORDO POR ESTA PORTA.

A DIREÇÃO  
OBRIGADO

## LIMITE

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



# 4. SÍNTESIS DE LOS INFORMES DE INSPECCIÓN

La presente sección da inicio a la parte analítica del informe, que aporta una síntesis de la información proporcionada por los equipos que visitaron las 28 comunidades terapéuticas en 12 unidades de la federación. El punto de partida fue la información de los informes enviados por los estados, los cuales se organizaron en grupos temáticos, cada uno con una lista de temas que describen la situación encontrada en estos establecimientos. Se buscó una composición para integrar los siguientes elementos:

- Contexto general, incluidas las leyes o normativa que lo rigen;
- Presentación y análisis crítico de los hallazgos de la inspección nacional, incluido el aspecto numérico; y
- Citas de los informes locales que ilustren la situación.

Es importante recordar que las citas no tienen el propósito de nombrar a una u otra CT como más o menos problemas, sino ofrecer ejemplos concretos de la situación experimentada por las personas privadas de libertad en esas instituciones. A la vez, algunos temas aportan numerosos ejemplos para demostrar la complejidad y diversidad de las situaciones encontradas. Sin embargo, no buscamos individualizar las cuestiones, sino construir un pantallazo útil y general de las prácticas y procesos que se producen en esos lugares de privación de libertad.

## 4.1 Instituciones de Carácter Manicomial

### 4.1.1 Visión general del carácter manicomial

La Ley n° 10.216/2001, al tratar acerca de la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales y reorientar el modelo de atención de salud mental, establece que la internación, en cualquiera de sus modalidades, sólo se indicará cuando los recursos extrahospitalarios así se mostrar insuficientes. A continuación, prohíbe la internación de pacientes con trastornos mentales en instituciones con característica manicomial.

El carácter manicomial se define de dos maneras: a) por la inexistencia de recursos para ofrecer atención integral, incluyendo servicios médicos, asistencia social, psicológica, ocupacional, de ocio y otros; y b) por la no garantía de los derechos de las personas con trastornos mentales, enumerados en la ley misma, como el acceso al mejor tratamiento del sistema de salud, por los medios menos invasivos y preferiblemente en los servicios comunitarios, con humanidad y respeto y en interés exclusivo de beneficiar su salud, buscando la recuperación mediante la inserción en la familia, el trabajo y la comunidad, protegidos del abuso y la explotación, con derecho a la asistencia médica presencial, con acceso a los medios de comunicación, entre otros.

Teniendo en cuenta la información proporcionada por las inspecciones en las comunidades terapéuticas, y evaluándolas con respecto a los derechos de las personas con trastornos mentales, son explícitas las características manicomiales de estas instituciones. Por lo tanto, en este primer punto tratamos de presentar algunas de las características y prácticas que permiten a los estados esta afirmación y, de una manera específica, señalamos algunas de las violaciones recurrentes y sistemáticas de los derechos garantizados por ley a personas con trastornos mentales derivados del consumo de alcohol y otras drogas. En los artículos posteriores, volveremos a varios de estos temas.

El primer derecho enlistado en la Ley n° 10.216/2001 es “el acceso al mejor tratamiento del sistema de salud, de conformidad con sus necesidades” (párrafo único, inciso 1). En este informe, el ítem 4.3 (aspectos institucionales) presenta y examina el perfil general de las propuestas de tratamiento que, en casi todas las comunidades terapéuticas visitadas, articula el aislamiento, la abstinencia, el uso del trabajo de los internos para el mantenimiento de los espacios físicos -bajo la designación de laborterapia- y las referencias religiosas o espirituales. Estos elementos, como veremos a continuación, caminan hacia evaluaciones morales y doctrinarias, y no pueden configurarse como tratamiento de salud bajo ningún aspecto, y aún menos en pro del interés exclusivo para beneficiar su salud (como se establece en el artículo 11, párrafo X, de la Ley n° 10.216/2001) y tampoco garantizan que las personas hospitalizadas tengan información sobre su enfermedad y de los tratamientos posibles (VI).

Sin embargo, antes de ingresar a estos temas, los siguientes ítems se enfrentan a las situaciones relacionadas con los derechos de las personas con trastornos mentales de recibir tratamiento en un entorno terapéutico, por los medios menos invasivos posibles (VIII) y, preferiblemente, en servicios comunitarios de salud mental (IX). Precisamente en la dirección opuesta, lo que hacen las comunidades terapéuticas es retirar a las personas de la convivencia social, para que el supuesto tratamiento se realice en una situación de segregación y aislamiento que son exactamente las prácticas cuya reforma del modelo de

atención de salud mental en Brasil ha sido construida en su reacción. En lugar de los medios menos invasivos, lo que se encuentra por lo general son las prácticas de anulación de la subjetividad, la restricción a la privacidad y al contacto con el mundo exterior, de modo que, al sacar a la persona de los entornos en los que vive, se establece un tratamiento altamente invasivo. De esto se trata los siguientes ítems, al presentar en forma resumida las prácticas de aislamiento y restricción de la convivencia social encontrada durante las inspecciones.

Al mismo tiempo, se discuten las violaciones de las garantías de tratamiento con humanidad y respeto, buscando la recuperación mediante la inserción en la familia, el trabajo y la comunidad (II), la protección contra el abuso y la explotación (III), el libre acceso a medios de comunicación disponibles (VI).

#### **4.1.2 Aislamiento y restricción de la convivencia social**

La configuración de las comunidades terapéuticas como lugares de aislamiento pasa por un conjunto de prácticas y características que, individual y conjuntamente, ofrecen restricciones a la libre circulación de personas y al contacto con el mundo exterior. Ellas demuestran que el aislamiento no es fortuito, sino uno de los principios que guían el supuesto tratamiento ofrecido allí, configurando así un agravio a las políticas brasileñas de salud mental.

Las restricciones físicas a la circulación y también las restricciones a las comunicaciones con el mundo exterior forman parte de este conjunto. En el primer eje están las restricciones a la salida de las personas internadas al principio o durante el período en el que viven dentro de las comunidades terapéuticas; la instalación en lugares de difícil acceso y presencia de muros, rejas y portones; la retención de documentos y pertenencias. Incluso cuando el discurso es que hay libertad para ir y venir, las condiciones para la salida no se dan -la práctica de retener documentos, dinero y a veces otras pertenencias es un signo de ello. También existen mecanismos menos sutiles, como el establecimiento de multas contractuales en el caso de las salidas antes del período previsto, además de sanciones en caso de tratativas de fuga o el incumplimiento de las normas internas.

El segundo eje se refiere a las restricciones al contacto con el mundo exterior mediante la violación de correspondencia, el control de las llamadas telefónicas y la restricción de acceso a los medios de comunicación. Como se puede verificar por los informes reproducidos a continuación, estas características están estrictamente relacionadas y se refuerzan mutuamente.

### 4.1.3 Incomunicabilidad y visitas restringidas

En cada una de las comunidades terapéuticas visitadas, se hizo referencia a la existencia de un período inicial de internación, en el que quedan incomunicables las personas con trastornos derivados del consumo de alcohol y otras drogas. En general, este período es de un mes, habiendo casos reportados de dos meses. Después del período inicial, las familias son admitidas para visitas, por lo general en cada 15 días o una vez al mes.

Incluso cuando el discurso es de posibilidad de salir si la persona internada así lo desea, la práctica de retención de documentos personales, dinero y tarjetas, asociada a la instalación en lugares de difícil acceso, lo hace difícil o, en la práctica, le impide de salir. Además, el hecho de que la construcción de la imposibilidad de salida no se limite a los bloqueos e impedimentos físicos, sino que está relacionado con el conjunto de normas y reglas que efectivamente funcionan como un juego de manipulación emocional.

“ Las personas internadas no pueden realizar llamadas, sólo recibir, lo que perjudica en gran medida las posibilidades de comunicación. Obtuvimos informes de que los empleados mentirían a los familiares que trataban de llamar a los internos, diciendo que estos no querían hablarles, induciendo a la persona a dejar de llamar y aislar al interno aún más de sus seres queridos. (SP 02 - Recanto Vida Nova - Mairinque)

“ Otro punto importante a destacar es que las personas suelen llegar a la CT conducidas por sus parientes, pero cuando están en la comunidad permanecen sin contacto con la familia, excepto para los días de visita, que ocurren una vez al mes [y de los escasos contactos por teléfono, cuando obtienen la autorización de la coordinación], lo que permite concluir que estos parientes no participan en la dinámica terapéutica. (PB 01 - Fazenda do Sol - Campina Grande)

Aquí, la restricción del contacto con el mundo exterior adquiere connotación de castigo en la medida en que las visitas quincenales están sujetas al “buen comportamiento”.

“ En los primeros 30 días de internación, hay una incomunicabilidad total. Después de ese período es posible recibir visitas realizadas en la sede administrativa de Belo Horizonte, cuando los internos se desplazan hacia el sitio en grupos. De acuerdo con el buen comportamiento del interno, las visitas pueden ocurrir en cada 15 días. (MG 05 - Peniel - Brumadinho)

En otra CT, con respecto a las salidas de la comunidad terapéutica, el mismo reglamento interno es contradictorio. “Los internos no pueden dejar el lugar En otra CT, con respecto a las salidas de la comunidad terapéutica, el mismo reglamento interno es contradictorio. “Los internos no pueden salir sin la autorización expresa del coordinador” y “los internos no pueden salir de la casa durante el

período de internación, excepto en casos de ‘extrema necesidad’, cuando deben estar acompañados por el coordinador”. Como es habitual en las comunidades terapéuticas, no se permiten visitas en el primer mes de internación.

“

No hay posibilidad de visitas íntimas. Según las personas entrevistadas, las familias ni siquiera pueden entrar en la casa. Hay un sotechado en la parte superior del lote, lejos de la casa, donde las visitas ocurren los domingos.

Después de seis meses de internación, las personas privadas de libertad pueden ser autorizadas a visitar a sus familias quincenalmente. (MG 07 - Renascer - São João del Rei)

Este último informe indica que, para las familias con bajo poder adquisitivo, la dificultad de acceso contribuye a la falta de comunicación con los internos, un elemento que profundiza la disrupción de los lazos sociales.

“

Según la persona admitida, “el contacto con el mundo externo ha sido casi nulo, especialmente con la familia. En el primer mes, no tenemos contacto, después de eso podemos recibir visitas. Sin embargo, no recibo la visita de nadie porque mi madre no tiene dinero para visitarme. Uno tiene la alternativa de enviar una carta, que se entrega abierta al pastor para que la lea antes de enviársela por correo. Yo no envío cartas y no recibo visitas de mi madre porque no puedo pagar un taxi para venir a verme”. (MG 07 - Renascer - São João del Rei)

En general, la restricción inicial a cualquier contacto y las restricciones subsiguientes a las visitas van en la dirección opuesta a las políticas de salud mental que priorizan la recuperación por medio de la inserción en la familia, el trabajo y la comunidad, como se informó anteriormente.

#### **4.1.4 Difícil acceso, muros, portones, cerraduras y restricciones de salida**

Entre las 28 unidades de internación inspeccionadas, nueve se encuentran en lugares de fácil acceso en los municipios en los que se encuentran. Otras 17 se encontraban en lugares de difícil acceso o lejos del centro de los municipios, en general con poca o ninguna señalización y sin acceso en transporte público (en dos, no hay información sobre ese aspecto).

La ubicación de las comunidades terapéuticas en espacios de difícil acceso evidencia el objetivo de inhibir la salida de las personas internadas, siendo, por tanto, uno de las evidencias de la situación de aislamiento en la que se encuentran. Ese modelo engendra la violación de los derechos y garantías fundamentales que aseveran que nadie está obligado a hacer o dejar de hacer alguna cosa sino en virtud de ley, la libertad de circulación en el territorio nacional, entre otros (artículo 5º de la Constitución Federal). Esa situación se agrava en las CTs dedicadas a los adolescentes, que se opone frontalmente al Estatuto del Niño y

el Adolescente (ECA), un tema que se analizará en detalle a continuación, en el ítem 4.6.

“ La Comunidad Terapéutica Novo Tempo se encuentra en el municipio de Igarassu/PE, región metropolitana de Recife. Es una unidad de difícil acceso, con calles sin pavimento y falta de placas indicativas que puedan facilitar la llegada al sitio. Destaca la presencia de muros altos, con clavos y alambre de púas. (PE 01 - Novo Tempo - Igarassu)

“ La comunidad terapéutica Reviver se encuentra en una zona distante, de difícil acceso, por carretera de tierra, en una región de bosque atlántico, sin señales indicativas que faciliten la llegada al sitio. Llamó la atención del equipo la altura de los muros (aproximadamente 5 m, recordando las instituciones penitenciarias), con cerca eléctrica y alambre de púas tipo ‘concertina’ enrollando los postes de electricidad a la altura del muro, probablemente para evitar fugas. La ubicación dificulta el acceso a las comunidades vecinas y no hay transporte público cerca de la institución. (PE 02 - Reviver - Paudalho)

“ El acceso a la clínica se realiza por una carretera sin pavimentación y no hay transporte público que conduzca al sitio. [...] La CT permanece cerrada durante todo el día, tiene muros altos, con alambres de púas y estaciones de seguridad, que estaba desocupada durante la vista del equipo. [...] No hay acceso a Internet, ni a las calles del barrio donde se encuentra la clínica. Los empleados revelan que la distancia geográfica de la clínica es fundamental en relación con el lugar de residencia del interno, porque cuanto mayor sea la distancia, más fácil será persuadir al interno a renunciar a las tratativas de “fuga” (término ampliamente utilizado por ellos). (PB 02 - AMA - Conde)

También hubo casos en los que la circulación de personas privadas de libertad dentro de las comunidades terapéuticas estaba restringida al final del día. En tales situaciones, las habitaciones se encerraban por horas durante la noche. En uno de los informes la situación era inversa, el acceso a las habitaciones estaba restringido durante el día.

“ Ausencia de la amplia garantía del derecho a la libertad de ir y venir. Impedimento de acceso de los internos a sus habitaciones entre las 07h y las 21h. (MG 05 - Peniel - Brumadinho)

Hubo situaciones en las que los internos no tenían ningún canal para comunicarse en situaciones de emergencia o para solicitar asistencia durante el período en el que están encerrados. Incluso en las circunstancias en que había personal de turno trabajando (monitores), los internos dijeron que tenían que gritar para ser escuchados.

“ [...] se reliev a que en todas las habitaciones había candados. De acuerdo con la información recopilada de los empleados, durante la noche, cuando los “residentes” cierran las actividades y van a las habitaciones, ellos son encerrados desde el exterior; lo que trajo gran preocupación por parte del equipo si se producen situaciones de

emergencia. En el turno de la tarde, durante las sesiones de “terapia del sueño”, las habitaciones también están cerradas con llave. Según la enfermera, en todos los dormitorios había un “timbre” que se podía activar si los “residentes” necesitaban; sin embargo, no se visualizó ningún el dispositivo cualquiera de las habitaciones. Un empleado de la CT incluso mostró el lugar donde el supuesto “timbre” estaría, pero en realidad se trataba de la salida que controla la velocidad del ventilador.

“Estamos encerrados todos los días después del almuerzo, entre las 13h y las 14h30, para lo que llaman terapia del sueño; y después, de 20h a las 6h de la mañana. Los fines de semana es aún peor porque la terapia del sueño dura 4 horas después del almuerzo. No importa si tienes sueño o no. Si no tienes sueño, lo encerrarán de la misma manera. Por la noche, ellos se quedan en la sala de tutoría, en el piso de abajo. Si hay una emergencia, hasta que lleguen desde allí a rescatarnos, ya estaremos muertas. Una vez que una interna se cortó a sí misma, y por mucho que gritara, tomó mucho tiempo en venir a rescatarla. Vez u otra, una sufre un accidente y el auxilio tarda mucho.” (PE 02 - Reviver - Paudalho)

El aislamiento, la distancia de los servicios públicos (incluida la atención al servicio de salud) y la evidencia de que no existe tratamiento para beneficiar única y exclusivamente la salud de las personas institucionalizadas, evidencian la naturaleza manicomial y la segregación. Estas prácticas se oponen a la Ley nº 10.216/2001, que prevé un trato preferencial en la comunidad de origen, en los servicios de salud mental que no se priven a la persona de la vida social. Como señalamos en los textos introductorios de este informe, esa perspectiva está respaldada por un conjunto de normas nacionales e internacionales.

#### **4.1.5 Retención de documentos o dinero**

La retención de documentos, dinero y tarjetas bancarias por parte de la administración de las comunidades terapéuticas ratifica la imposibilidad de salir sin autorización de la coordinación, señalando de nuevo el carácter de aislamiento y ruptura con la convivencia social.

“

Los documentos de los internos se quedan con la dirección y en el dormitorio grande hay pequeños armarios para almacenar sus pertenencias, sin embargo, la dirección tiene acceso a tales armarios. La forma en que la comunidad terapéutica está estructurada, especialmente en el dormitorio grande, hace que las personas no tengan privacidad. (MG 08 - Casa de Resgate Emanuel - Bandeira do Sul)

En los casos más llamativos de violación de la libertad, en los que la internación se llevó a cabo por medio de rescate, hay internos sin documentos personales.

“ Cabe señalar que la institución retiene toda la documentación personal del interno luego de su admisión. Como por lo general llegan por medio de un servicio de rescate, ni siquiera tienen sus documentos personales. Muchos internos no tienen ninguna documentación que asegure que realmente son quienes los empleados dicen ser. (MT 01 - Recomeço - Cuiabá)

Hubo casos en los que incluso la tarjeta bancaria para la retirada de las prestaciones de seguridad social estaba bajo la responsabilidad de la CT y no de la persona privada de libertad. La retención de dinero es uno de los elementos que explica la imposibilidad de dejar el lugar de la internación, a pesar del discurso recurrente en sentido contrario.

“ Un tema que produce mucha preocupación es el hecho de que el propietario de la comunidad terapéutica asume la posesión de la tarjeta bancaria de algunas mujeres y retira directamente todo el beneficio que recibe, como la jubilación. (MG 03 - Fazenda Vitória - Lagoa Santa)

“ Al llegar a la CT, los usuarios hacen un registro, pero no necesariamente se someten a la asistencia de técnicos de salud. Se los revistan y sus documentos y dinero se guardan con el pastor [...]. Hay un período en el que los internos se quedan sin derecho a contactar a la familia. (MG 09 - Terra Santa - Betim)

“ Los usuarios dijeron que cuando tienen beneficios sociales/seguridad social para recibir, van al banco a retirar el valor acompañados por el propietario de la comunidad. Sin embargo, el dinero no se queda con el usuario, se utiliza para pagar el tratamiento en la comunidad y/o se queda con el propietario, o con la familia del usuario, o como crédito en el comedor de la comunidad. Esa información la confirmó el mismo propietario de la CT.  
La mayoría de los internos reciben fondos procedentes de prestaciones sociales. Las familias reciben el dinero y se la pasan a la comunidad. Dos de ellos, que reciben BPC (beneficio de prestación continuada), se los llevan para retirar el efectivo y luego pasarlo a la comunidad. Otra forma es el régimen de curatela, en el que la familia recibe el beneficio y pasa a la CT durante los días de visita. No supieron informar acerca de casos de interdicción. (SP 02 - Recanto Vida Nova - Mairinque)

“ Cualquier cantidad de dinero que se encuentre con la interna al momento de la revista se mantiene bajo custodia de las monitoras. En el momento de la visita, cuatro internas eran beneficiarias del Bolsa Familia. En este caso, los valores son administrados por el equipo a favor de los hijos. (PA 02 - Fazenda Esperança - Abaetuba)

Estas situaciones son graves en la medida en que indican la ausencia de respeto a la privacidad de las personas privadas de libertad y allanan el camino para las prácticas de abuso y explotación, que se abordan especialmente en la Ley nº 10.216/2001.

#### 4.1.6 Violación de la confidencialidad de la correspondencia y del acceso a los medios de comunicación

Otro aspecto de las restricciones al contacto con el mundo exterior es la violación de la correspondencia, el control de las comunicaciones telefónicas y la restricción de acceso a los medios de comunicación.

En solo 5 de las 28 comunidades terapéuticas visitadas, no se identificó falta de respeto por la confidencialidad en las comunicaciones de las personas privadas de libertad. Los preceptos constitucionales más básicos de los derechos y deberes individuales y colectivos definen como inviolables el secreto de la correspondencia y de las comunicaciones, así como la intimidad, la vida privada, (Constitución Federal de 1988, artículo 5, párrafos X y XII). Contrariamente a estos preceptos, en la mayoría de las comunidades terapéuticas inspeccionadas se encontraron informes de violación de correspondencia, seguimiento (e intervención) en comunicaciones telefónicas y restricciones en la comunicación con personas externas al entorno de internación.

“ Los internos pueden recibir y enviar correspondencia, pero estas son leídas por el equipo de la institución antes de ser entregadas o enviadas, es decir, son violadas. El equipo de la institución no presentó un plan que involucrara a los miembros de la familia en la construcción de un proyecto de vida para los internos. (MT 01 - Recomeço - Cuiabá)

“ Otras formas de comunicación con familiares y amigos son a través de cartas y llamadas telefónicas. La correspondencia pasa por la censura del monitor, la dirección o la psicóloga de la CT. Cuestionamos si existen criterios objetivos que establezcan lo que no se puede decir en las cartas, sin embargo, la respuesta que recibimos fue que es a discreción de la persona que lee. (MG 08 - Casa de Resgate Emanuel - Bandeira do Sul)

“ La CT tiene televisor y teléfono, pero no con Internet. Los internos tienen acceso al teléfono sólo en fines de semana y pueden recibir hasta tres conexiones familiares, no está permitido realizar llamadas, sólo recibir, excepto en casos de necesidad evaluados por la dirección. Las conexiones duran ocho minutos por persona. También es posible enviar cartas, sin embargo, estas se abrirán y se leerán por la dirección. Las visitas ocurren una vez al mes, siempre en el final de semana. Los parientes pueden llevar alimentos a los internos, pero la dirección hace la revisión del alimento antes de repasarlos a los internos. (MG 09 - Terra Santa - Betim)

“ El contacto en el primer mes se realiza a través de correspondencia que es violada por los técnicos antes de que sea enviada. Las llamadas telefónicas sólo se pueden realizar mediante evaluación y autorización de la dirección de la unidad con un tiempo máximo de diez minutos y la presencia del monitor. Las visitas después de 20 días también se someten a una evaluación de la Secretaría que decide qué miembros de la familia pueden estar presentes. (PA 01 - Embrião - Castanhal)

La frecuencia de control de las cartas y las llamadas telefónicas señalan haber una preocupación con el cuestionamiento de las personas privadas de libertad en cuanto a su internación, el presunto tratamiento y las violaciones de derechos sufridas por ellas, cuando están en contacto con sus familiares.

“

Las ingresadas puede escribir y recibir cartas de sus familiares desde la entrada en la comunidad. Todas las cartas se someten a verificación de contenido por parte del personal de la institución, según lo dispuesto en el Reglamento Interno. (RO 01 - Nossa Senhora - Porto Velho)

Aquí, se hacen explícitas las prácticas en las que el equipo de la comunidad terapéutica actúa para alejar a las familias o, alternativamente, para prepararlas para las quejas de los internos, con el fin de evitar que se conmuevan con sus demandas.

“

Los internos declararon que, durante las visitas o por teléfono, cuando hablaban con los familiares sobre la intención de dejar la comunidad terapéutica, mencionando incluso graves violaciones de derecho, la administración tomaba conocimiento, ya que las conversaciones no eran privadas. En vista de esto, la dirección se contactaba con la familia para disuadirlos de la idea de retirar al paciente de la internación, alegando que estaría mintiendo para volver a consumir drogas. Por lo tanto, todo el discurso de los internos era desacreditado por el equipo técnico y la dirección, haciendo que no se respetase la voluntad del paciente. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

Otro elemento que contribuye a la identificación del carácter manicomial es la limitación del derecho de las personas internadas a “tener libre acceso a los medios de comunicación disponibles”, tal como establece la Ley nº 10.216/2001 (párrafo único, inciso VI).

Sin embargo, contrariamente a lo que se prescribe la norma, las inspecciones identificaron prácticas de impedimento del acceso a los medios de comunicación, y prácticas restrictivas, cuando hay selección de contenidos disponibles, generalmente vinculados a la posibilidad de acceso únicamente al contenido religioso.

“

Según los usuarios, pueden ver programas de televisión en los tiempos libres, sin embargo, con la programación elegida por la CT. (SP 02 - Recanto Vida Nova - Mairinque)

“

Contrariamente a la Ley Federal nº 10.216/2011, las personas privadas de libertad en la Casa de Recuperação Renascer no tienen libre acceso a los medios de comunicación disponibles. Según los entrevistados, es posible, en unos pocos días y tiempos definidos, “ver un DVD de alguna prédica” y, según la dirección, también eventualmente la transmisión de partidos de fútbol. (MG 07 - Renascer - São João del Rei)

“

La televisión y la radio están permitidos con el debido control de la institución. (MT 01 - Recomeço - Cuiabá)

En resumen, las restricciones de comunicación con el mundo exterior convergen a la violación de diversos aspectos de los derechos de las personas con trastornos mentales. Cabe destacar que el impedimento del contacto con familiares y personas conocidas viola abiertamente las garantías de ser tratada con la humanidad y el respeto, en vistas de lograr su recuperación mediante la inserción en la familia, en el trabajo y en la comunidad, definidas por la Ley n° 10.216/2011 (inciso II del párrafo único). Lo que se hace es exactamente lo contrario, al contribuir con el alejamiento y la interrupción de los lazos sociales a causa de la imposibilidad de contacto.

## **4.2 Internaciones Involuntarias y Obligatorias**

### **4.2.1 Panorama de las modalidades de hospitalización encontradas**

En cuanto al tipo de internación, la Ley de Reforma Psiquiátrica (Ley n° 10.216/2001) define tres modalidades: voluntaria (con el consentimiento del usuario), involuntaria (sin el consentimiento del usuario, a petición de un tercero y realizada por un médico) y obligatoria (por determinación judicial). En las 28 comunidades terapéuticas visitadas:

10 informaron sólo recibir internaciones voluntarias;

1 afirmó sólo recibir internaciones involuntarias y obligatorias;

17 afirmaron que recibían admisiones voluntarias, así como internaciones involuntarias u obligatorias.

Estos datos presentan la información que consigna en los informes locales y se refieren al tipo de internación en el momento de la admisión del paciente en la comunidad terapéutica.

### **4.2.2 Irregularidades involucradas con internaciones involuntarias y obligatorias**

La Ley n° 10.216/2001 establece que, para cualquiera de los tres tipos de internación, incluida la voluntaria, se requiere un informe médico desglosado, expedido por un médico debidamente registrado en el Consejo Regional de Medicina (CRM) del estado donde se realizará el internamiento.

Las internaciones involuntarias se definen como las realizadas sin el consentimiento de la persona admitida y a petición de un tercero (padre, madre, hijo u otra persona). Dichas internaciones deberán, de conformidad con la Ley

nº 10.216/2001, comunicarse al Ministerio Público del estado en un máximo de 72 horas. Anvisa, en la Resolución RDC nº 29/2011, que dispone acerca de los requisitos sanitarios para las instituciones de atención a las personas con un trastorno debido al consumo de alcohol y otras drogas, también determina que “la admisión se realizará mediante evaluación diagnóstica previa, cuyos datos deben consignar en el expediente del residente”. También hay que mencionar la Resolución Nº 1.598/2000 del Consejo Federal de Medicina (CFM), que rige la atención médica a los pacientes con trastornos mentales –incluidos los debidos al consumo de alcohol y otras drogas–, según la cual, “en las internaciones involuntarias, el médico que lleva a cabo el procedimiento hace consignar las razones de la internación, así como las razones de la ausencia del consentimiento del paciente– en este caso, debe solicitar el consentimiento de un responsable legal” (art. 16).

Las internaciones obligatorias son las determinadas por un juez competente, de acuerdo con la legislación vigente, en este caso, el Código Penal Brasileño, la única legislación en el marco legal que prevé la internación judicial.

Cabe señalar que, en ninguna otra norma del ordenamiento jurídico brasileño, se prevé que el poder judicial tenga la prerrogativa de obligar a personas a someterse a tratamiento, ya que el acceso a la salud es un derecho ciudadano y un deber del Estado, no al revés. Sobre la base de los artículos 26, 28 y 92 del Código Penal, la autoridad judicial no puede determinar la internación obligatoria sin que la persona, que recibe la determinación, haya cometido algún delito sobre el que haya sido dictado una sentencia, aseguradas todas las garantías de defensa, y que finalmente se le considera inimputable.

Incluso en los casos en que existe una previsión, en el derecho penal, para la determinación judicial de la internación, la modalidad es incompatible con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por el Decreto Legislativo Nº 186/2008, de conformidad con el procedimiento establecido en el art. 5º, § 3º, de la Constitución Federal, y promulgado por el Decreto nº 6.949/2009, componiendo así el bloque de constitucionalidad brasileño.

Su teleología es la misma que la Ley de Reforma Psiquiátrica y, entre sus principios, está “el respeto a la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad humana y la humanidad” y la participación e inclusión efectiva de esas mismas personas en la sociedad (art. 3).

A continuación, en el artículo 19b, estipula que “las personas con discapacidad tienen acceso a una variedad de servicios domiciliarios, residenciales y otros servicios de apoyo comunitario, incluida la asistencia personal que sea necesaria

para apoyar la vida y la inclusión en la comunidad y prevenir el aislamiento o la segregación”. Y, en el artículo 17, determina que “toda persona con discapacidad tiene derecho a tener respetada su integridad física y mental en condiciones de igualdad con los demás”.

Específicamente con relación a la persona con discapacidad que tenga su libertad limitada a la jurisdicción de un procedimiento judicial, la Convención dispone que:

Artículo 14

Libertad y seguridad de la persona

1. Los Estados Partes velarán por que las personas con discapacidad, en igualdad de oportunidades con otras personas:

- a) Gozar del derecho a la libertad y la seguridad de la persona;
- b) No se les prive ilegal o arbitrariamente de su libertad y que toda privación de libertad esté en conformidad con la ley, y que la existencia de discapacidad no justifique la privación de libertad.

2. Los Estados Partes velarán por qué, cualquier privación de libertad ha de ser conforme a la ley, ellas, en igualdad de oportunidades con otras personas, tengan aseguradas las garantías en conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos. Las personas con discapacidad serán tratadas de conformidad con la Convención, incluida la realización de ajustes razonables.

Por lo tanto, de su propia literalidad hay dos consecuencias inmediatas. En primer lugar, la insistencia en que el aislamiento y la segregación del resto de la comunidad no son métodos terapéuticos recomendables. De ahí por qué prescribe, en su art. 16.4, que “recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona”. En segundo lugar, el imperativo de que el respeto a la integridad moral de toda persona con discapacidad se realice en atención al principio de igualdad.

El Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad elaboró un informe<sup>10</sup> en que, inicialmente, felicita al Estado brasileño por la “equivalencia normativa constitucional” de la Convención, pero consigna que:

28. Al Comité le preocupan los informes sobre la privación arbitraria de la libertad y el tratamiento involuntario de las personas con discapacidad, basados en la discapacidad, incluidas las situaciones en las que se supone que las personas con discapacidad sean peligrosas para ellos o para los demás, con base en un diagnóstico discriminatorio.

29. El Comité recomienda al Estado Parte que tome medidas, incluida la derogación de las disposiciones legales pertinentes, para abolir la

<sup>10</sup> Adoptado por el Comité en la 14a sesión, de 17 de agosto a 4 de septiembre de 2015. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/220/78/PDF/G1522078.pdf?OpenElement> Acceso en 14/05/2018.

práctica de la internación involuntaria u hospitalización y tratamiento médico forzoso y la prohibición, en particular, de los tratamientos que se basan en la discapacidad y proporcione alternativas de tratamiento basadas en la comunidad.

30. Al Comité le preocupa que las personas con discapacidad que no se consideren responsables de la práctica de un delito por discapacidad puedan estar sujetas a medidas de seguridad, incluida la detención indefinida.

Como se ve, no hay cómo eludir la conclusión de que, en la actualidad, la medida de seguridad, en la forma prevista en el derecho penal y procesal penal, no está en desacuerdo con esa disciplina, y que el principio de la igualdad impone que las personas con trastornos mentales que hayan practicado delitos deban ser remitidas inmediatamente al SUS, para su tratamiento acorde a los dictámenes de la Ley nº 10.216/2001.

En otras palabras: si la internación obligatoria para el cumplimiento de una medida de seguridad, según lo previsto en el Código Penal, infringe la legislación vigente, la internación obligatoria de un usuario de drogas que siquiera haya cometido un delito se presenta como una anomalía total y en oposición al ordenamiento jurídico brasileño. Por lo tanto, no es la atribución del poder judicial determinar la internación cuando tiene el tratamiento como único y exclusivo propósito.

Sin embargo, la información recopilada en las inspecciones indica que al menos una parte del poder judicial, sin atender a estos debates, sigue determinando internaciones del tipo obligatorio y, además, viene utilizando a comunidades terapéuticas para este fin, incluso cuando se trata de adolescentes.

“ Las internaciones obligatorias se originaron a partir de procesos judiciales, incluyendo acciones para cubrir los costes de las tasas de la clínica, enjuiciadas por familiares sin el consentimiento de la persona internada. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

“ Afirmó que, en la mayoría de los casos, los pacientes son conducidos por sus familias, pero que también han recibido internos enviados por determinación judicial, del Ministerio Público Estadual de Nilópolis y nominados por los Caps de Nova Iguaçu. También afirmó que realizan internación obligatoria (alrededor de seis o siete de los internos). Entre los admitidos en esta modalidad, hay dos adolescentes: uno de 13 años y otro de 17 años, ambos por orden judicial. (RJ 01 - Crisameta - Nova Iguaçu)

La permanencia de adolescentes en las comunidades terapéuticas es irregular y se discutirá con más detalle en el ítem 4.6 “Internación de Adolescentes”.

En algunos casos, las internaciones obligatorias no fueron admitidas directamente por las personas responsables del establecimiento inspeccionado, sino realizadas por los equipos que llevan a cabo las inspecciones.

“ Informan que todas las internaciones son voluntarias y de personas mayores de 18 años, indiferentes al hecho de que algunos de los ingresados estén en la unidad por determinación judicial, incluyendo a uno con tobillera de monitoreo electrónico. Afirman que, si alguno de los reclusos está en la comunidad, fue a petición suya al juez. (RO 02 - Porto da Esperança - Candeias do Jamari)

“ Informaron que las internaciones se realizan voluntariamente, pero en el caso de los adolescentes, se observó que las internaciones obligatorias se producen a través de la expedición de un orden judicial, del Consejo de Tutela y la Asistencia Social. (PA 01 - Fazenda Embrião - Castanhal)

Informes han reportado de que, a veces, las decisiones judiciales determinan el bloqueo de recursos públicos para cubrir los costes de la internación, un ejemplo de lo que se registró en una comunidad terapéutica inspeccionada en Mato Grosso.

“ En los casos de internaciones obligatorias, por regla general, existe la determinación judicial de bloquear una cantidad de recursos públicos suficientes para el costo del tratamiento, con la identificación de la entidad a la que debe dirigirse el adolescente. La CT Recomeço recibió, en un período de menos de dos meses, R\$51,4 mil. (MT 01 - Recomeço - Cuiabá)

También vale la pena señalar que en la misma CT había informes de que las personas admitidas en carácter obligatorio fueron conducidas de manera violenta por la misma Policía Militar. Sin avergonzarse, el coordinador de la CT Recomeço informó que:

“ [...] La mayoría de los internos llegaron acompañados por la Policía Militar por ser de internación obligatoria. Él informó que los adolescentes suelen llegar esposados y casi siempre por la noche. El responsable informó conocer que la policía “es dura” (sic) con los adolescentes en el momento del procedimiento y que ellos son esposados de los pies y las manos, pero “esto era bueno” (sic), porque facilitaría la admisión: ellos llegarían a la institución asustados con la fuerza de policía y allí “recibiría todo el afecto, lo que ayudaría en la inserción”. (MT 01 - Cuiabá - Recomeço)

Los argumentos expuestos a lo largo de este ítem revelan el papel que el poder público, especialmente el poder judicial, ha estado cumpliendo en relación con las internaciones obligatorias, y señala la urgencia de la reanudación del debate sobre el tema por parte de la sociedad brasileña.

#### **4.2.3 Internaciones involuntarias: ausencia de un dictamen médico e información al Ministerio Público**

En cuanto al cumplimiento de los requisitos legales solicitados en las internaciones involuntarias, sólo dos CT informaron que cumplen con la comunicación al

Ministerio Público del estado: Recanto da Paz, en Limeira/Sp y Solares, en la Chapada dos Guimarães/MT.

Sin embargo, este último informó que realiza dicha comunicación sólo mensualmente, a través de una lista, lo que no respeta el plazo legal de 72 horas. Tal situación es grave y demuestra la acción en rebeldía de la ley.

Además, sólo dos CTs informaron explícitamente tener un informe médico que se refería a las internaciones involuntarias: Fazenda Esperança, en Abaetetuba/PA, y Recanto Vida Nova, en Mairinque/SP. Hay que tener en cuenta que, aun así, se identificaron problemas:

“

Es importante destacar que, entre los documentos proporcionados por la institución, había tres Términos de Admisión Médica firmados por [nombre ocultado], sólo con el nombre del usuario y la información que es “apto para hacer el tratamiento de la dependencia química en esta unidad terapéutica Recanto Vida Nova”(sic). A pie de página de los documentos, hay información -incluida por otra persona- de que el usuario ya había completado el tratamiento, pero que estaba regresando a la institución después de una recaída, es decir, esos mismos usuarios habían pasado recientemente por la institución, pero los empleados consideran sólo la última fecha de ingreso. En uno de los casos, observamos que el Término de Admisión Médica se refiere a un usuario que habría sido internado el 29/09/2017, pero él mismo informó en la entrevista que había estado internado durante un año y seis meses, y durante ese tiempo se había quedado un mes en la casa de su familia, y regresó para la internación, sin saber la razón. También vale la pena señalar que la fecha del Término es del 29/09/2017, sin embargo, en el encabezado y pie de página se verifica que el documento se imprimió en la hoja de reciclaje que ya se había utilizado anteriormente para imprimir una canción el 22/10/2017. De esta manera, cuestionamos la veracidad del documento y planteamos la posibilidad de que se haya producido en una fecha posterior a los informados. (SP 02-Recanto Vida Nova-Mairinque)

El incumplimiento de las condiciones necesarias para la internación involuntaria (dictamen médico desglosado en la fecha de admisión; comunicación en 72 horas al Ministerio Público) -junto con la obligación de permanecer en la institución en contra de la voluntad del interno – resulta en ilegalidades que podrían incluso caracterizarse un delito de privación ilegítima de la libertad calificada, tipificada en el art. 148 del Código Penal.

Vale la pena señalar que, entre las CTs inspeccionadas que asistían a internaciones voluntarias (que también requieren un dictamen médico), se observaron problemas similares. Muy raro se encontró reportes que informaron que las comunidades terapéuticas solicitan tal dictamen. En uno de los que los presentaron, hubo varios puntos problemáticos. La CT Cerena, de Nísia Floresta/RN, entregó, después de la inspección, 14 dictámenes médicos referentes a sus

internos, pero todos enviados el mismo día (4 de octubre de 2017), es decir, en una fecha diferente a cada uno de los respectivos internamientos. Sin mencionar que había un total de 21 personas admitidas involuntariamente en la fecha de la inspección, por lo que no se presentó un dictamen para siete de ellas. Entre estos siete casos, se identificó a una persona admitida el 29 de julio de 2010 (más de siete años de internación en el momento de la inspección) y otro el 6 de octubre de 2017 (diez días antes de la inspección).

#### **4.2.4 Internaciones voluntarias convertidas en involuntarias**

El número significativo de comunidades terapéuticas inspeccionadas que afirman asistir sólo a internaciones voluntarias (10 CTs) debe verse con precaución. Ha habido informes de personas que se han declarado voluntariamente admitidas, pero a las que posteriormente se les negó la posibilidad de abandonar la institución. Aunque algunas CTs ofrecen claramente esta libertad de decisión, en otras parece incierto. En algunos casos, es evidente que no existe tal posibilidad.

Se identificó que la lógica de varias CTs es ofrecer facilidades para recibir voluntariamente a las personas, como el transporte y opciones facilitadas de pago. Sin embargo, tales facilidades desaparecen cuando la persona desea abandonar estos lugares, y se le imponen innumerables obstáculos y dificultades: multa en caso de incumplimiento de contrato, retención de documentos, presión sobre familiares, entre otros. Aunque el tratamiento se ofrece de manera nominalmente voluntaria, está claro que las CT adoptan innumerables estrategias para mantener la internación contra la voluntad libre y espontánea de la persona. En la práctica, la internación – aunque inicialmente anunciada como voluntaria– puede caracterizarse, así, como privación de libertad, ya que la persona pierde el poder de decisión para terminar el tratamiento, tal como se define en la Ley n° 10.216/2001, que determina que “la terminación de la internación voluntaria se dará por solicitud escrita del paciente o por determinación del médico asistente” (art. 7º, párrafo único). Situaciones como esta se identificaron en la mayoría de las CTs inspeccionadas.

“

Por medio de la lectura de los documentos y el informe de la señora [nombre ocultado] se ve que sólo las mujeres que voluntariamente optan por el tratamiento son admitidas. Sin embargo, se percibe que el deseo de ser internado está influenciado por la voluntad de los familiares y por la creencia de que el aislamiento es el único recurso, y no siendo posible identificar por medio de otras internas si se les presentaron alternativas a la internación u otras posibilidades de tratamiento. La baja autonomía de la ingresadas en su tratamiento se percibe en discursos que demuestran poca previsibilidad de la duración. Para una de ellas, la influencia de los miembros de la familia es decisiva para que permanezcan incluso sin su voluntad. De hecho, es evidente la suspensión total de la autonomía y de la autodeterminación en el momento de la admisión. La “recuperación” se basa en la atribución del poder de decisión a terceras, ya sean “las

guías espirituales”, representadas por las monitoras y la administradora (todas ellas egresadas que cumplieron su tratamiento y continúan con su residencia en la CT, ya sea por la familia, o por la providencia divina. (SC 01 - Fazenda Esperança - Florianópolis)

“

Es importante destacar que, para aquellos que deseaban abandonar la clínica antes del período de internación previsto en el contrato, se le cargaba una multa de dos cuotas mensuales a sus familiares. Las personas internadas informaron que muchos permanecían en la unidad porque sus familiares no querían pagar la multa, además del contacto con los familiares a ser siempre monitoreado, para que no pudiesen expresar su insatisfacción con la internación y con las condiciones a las que estaban sometidos. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

“

Sin embargo, hay que destacar que algunas mujeres fueron llevadas a la comunidad terapéutica sin saber qué lugar era y cuál era el verdadero propósito de su internación. Algunas de ellas, aunque no se vieron obligadas a ir allí, fueron engañadas por su familia y sólo después de un tiempo de internación que entendieron la verdadera razón de estar allí. Otras buscaron la comunidad terapéutica por su cuenta, sin embargo, se les informó que el supuesto “tratamiento” tendría una duración de sólo tres meses y, después de estar internadas, descubrieron la duración total. Esta información demuestra la falta de transparencia de la institución y cómo no existe un proyecto de atención que tenga en cuenta a la persona asistida, ya que es engañada por quienes deben construir junto con ella un tratamiento que tendría en cuenta sus necesidades individuales. (MG 03 - Fazenda Vitória - Lagoa Santa)

“

Es importante observar que los internos que no cumplen con una medida judicial tienen una libertad relativa para abandonar el tratamiento y pedir para irse. Ellos no están detenidos ni obligados físicamente a quedarse. Han sido convencidos. En el primer momento, el “hermano” que está pasando por la duda será abordado por el “voluntario”, un interno que ya ha ascendido en la jerarquía institucional y puede tratar de llegar a su corazón con la palabra de Dios. Al no tener éxito en esa tratativa, el auxiliar llama al segundo hombre en la jerarquía y sucesivamente al obrero o, en última instancia, al pastor. Hay innumerables esfuerzos para convencer de que, en general, alcanzan el objetivo transformador y ponen al sujeto a entregar su rebelión a los caminos de la fe. Encontramos a dos internas de la ciudad de Santos Dumont que dijeron que no tenían interés en quedarse allí. Sin embargo, la relativa libertad de salida sufre la restricción de no tener cómo hacerlo posible, porque fueron conducidos por la municipalidad de sus ciudades y necesitan esperar el regreso del vehículo para que se las lleve de vuelta. No estaba claro si era suficiente que pidiesen volver y si eso realmente surtiría efecto. (MG 04 - Maanaim - Itamonte)

Por lo tanto, la permanencia en las comunidades terapéuticas, en estos casos, está asegurada por mecanismos que no pasan por la decisión autónoma de las personas internadas y que restringen las posibilidades de cualquier decisión. El informe de una de las inspecciones en Paraíba, donde los mecanismos de convencimiento pasaron por un sistema sólido que repetía permanentemente las ideas y principios defendidos allí, se refería a esa cuestión de la siguiente manera: la “contención ideológica es diaria.”

## 4.3 Aspectos Institucionales

### 4.3.1 Perfil general de las propuestas de atención

Las 28 comunidades terapéuticas visitadas informaron tener el modelo de abstinencia en la base de la atención ofrecida y cada una de ellas hizo referencia a las prácticas religiosas, ya sea basadas en una religión específica, o actuando en torno a la espiritualidad en un modo más general, incluso con el uso de metodologías que incluyen esa perspectiva. Del total, 27 informaron utilizarse de “laborterapia”. La repetición de estas prácticas permite afirmar que estos tres elementos, aliados al aislamiento de la interacción social ya caracterizado en las secciones anteriores, constituyen el núcleo de lo que las comunidades terapéuticas suelen llamar propuestas de atención.

Dichas prácticas se denominan propuestas de asistencia porque no configuran prácticas de tratamiento, bajo la mirada de la salud, dada la distancia evidente de esas estrategias de metodologías basadas en la atención. Los proyectos no se formulan sobre una base técnica, teórica o científica y no presupone las singularidades de cada persona, según lo previsto en las normas del área. (véase ítem 4.3.2 Ausencia de proyecto terapéutico singular).

Las personas entrevistadas durante las inspecciones también hicieron referencia a otras herramientas empleadas, siendo la principal los “12 pasos” (citada también como Narcóticos Anónimos y Alcohólicos Anónimos). Esa propuesta, sola o acompañada de otras prácticas, se mencionó en 13 comunidades terapéuticas –una de las instituciones la articulaba con talleres, actividades grupales, atención individual; otra institución, con grupos terapéuticos; en otras, los 12 pasos se asociaban con la laborterapia y la espiritualidad u orientación espiritual.

La lista de propuestas de asistencia también incluye “espiritualidad, convivencia y trabajo”, que son los pilares de la Fazenda Esperança –un conjunto de comunidades terapéuticas repartidas por todo Brasil y el mundo. También se citaron los modelos Felicidad Trabajo Interior (FTI), Desafío Joven (Teen Challenge) y CT Daytop (Minnesota). En una comunidad, la propuesta de asistencia se fundamentaba en un libro publicado por el pastor, llamado “La unción que necesitas para la liberación”.

Además, vale la pena decir que en nueve comunidades terapéuticas las direcciones afirmaron la existencia de un proyecto terapéutico global, un término que, incluso sin fundamento formal, se ha presentado, en algunas situaciones, como un proyecto institucional en detrimento de los proyectos singulares – los cuales son formalmente requeridos.

Sin embargo, en las CTs en las que se afirmaba la existencia de un proyecto global, era común a la dirección y los equipos carecer de conocimiento de dichos proyectos. El método de triangulación de la información terminó señalando a la comprensión de la ausencia de orientación a la asistencia y el tratamiento.

“

El análisis del programa terapéutico y su confrontación con lo observado y las entrevistas explican que el documento existe como una mera formalidad.

Por ejemplo, la “dependencia química”, una condición a tratar en la institución, se entiende en el documento como una “enfermedad biopsicosocial”. Sin embargo, no existe orientación para el tratamiento con los profesionales de la salud ni la elaboración de proyectos terapéuticos singulares, y la rutina de la institución se basa únicamente en actividades de trabajo no remuneradas e impuestas para todos y en actividades religiosas obligatorias.

El documento también indica que habría diferencias en el tratamiento en función de la duración de la internación (primeros tres meses, del tercer al sexto mes y, por último, del sexto al noveno mes). Fue posible observar, a través de las entrevistas y la observación, que no hay planificación de actividades diferenciadas en relación con el tiempo, excepto el cambio de habitación (los más antiguos y disciplinados están en la planta superior de la casa, mientras que los que llegan, para ser más controlados, están en el piso inferior). Además, algunas personas privadas de libertad comienzan a asumir diferentes funciones en el grupo, de acuerdo con el comportamiento y la duración de la internación, pero esto se define por la percepción de la dirección – por lo tanto, de acuerdo con los preceptos religiosos, y no con el proyecto terapéutico. En cualquier caso, se observa un alto grado de jerarquización dentro de la institución que, en ningún modo garantiza la autonomía y la libertad de las personas. (MG 07 - Renascer - São João del Rei)

“

En la inspección realizada sobre el Proyecto Terapéutico Global (PTG), se destaca que los líderes expresan adoptar de la metodología llamada “Desafío Joven” (*Teen Challenge*). [...]

Algunas técnicas se utilizan para la eficacia del adoctrinamiento, como la gestión del grupo y la construcción de sus procesos de identificación, persuasión y acondicionamiento. Lo esencial de esa metodología es el vaciado del sujeto por medio de la negativa de su historia de fracasos, su reducción a la condición de adicto, su sujeción a la perspectiva de la salvación por la alabanza, bajo la égida de una oportunidad para hacer lo nuevo, en nombre de un bien capaz de orientarlo sin que de uno mismo proceda algo, así como sin que se atreva a conocer el mundo como antes, su geografía, sus amigos, su cultura. El sujeto debe ser salvado de las amenazas del mundo exterior.

Sólo como ilustración, está prohibido lo que llaman “música del mundo exterior”. El que porte algún dispositivo de sonido sólo puede escuchar música de alabanzas, grabada en la misma CT y entregada al interno en una tarjeta de memoria. (MG 04 - Maanaim - Itamonte).

“

Existe un plan terapéutico global dividido en dos fases. La de orientación toma los dos primeros meses y es una fase de adaptación, cuando el interno conoce las reglas de la casa y recibe una mayor acogida. La segunda es la fase terapéutica, que va del tercer al noveno mes, cuando el interno comienza a participar en las rutinas de la comunidad,

así como en los grupos y consultas individuales. (RO 02 - Porto da Esperança - Candeias do Jamari)

En este ítem, demostramos que la base de las comunidades terapéuticas está en la articulación entre la abstinencia, la religiosidad y la *laborterapia*. Es evidente, por lo tanto, que existe un patrón general de atención que no tiene como norte la singularidad del proyecto terapéutico para cada persona, requerido por la legislación de salud mental, como veremos a continuación.

#### 4.3.2 Ausencia de un proyecto terapéutico singular

El proyecto terapéutico singular es el “eje central” de la directriz establecida por el art. 2º, sección XII de la Ordenanza Nº 3.088/2011, del Ministerio de Salud, que establece la Red de Atención Psicosocial (Raps) e incluye a las comunidades terapéuticas entre los servicios de atención en régimen residencial. La Ley nº 11.343/2006, que establece el Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), define, en el capítulo sobre las actividades de atención y reintegración social de los usuarios o adictos a drogas, la alineación con los órganos de control social; el cumplimiento de las directrices y normas de Conad; la adopción de estrategias diferenciadas que tomen en cuenta las peculiaridades socioculturales; la asistencia multidisciplinar; y postula, como directriz, la “definición de proyecto terapéutico individualizado, orientado a la inclusión social y la reducción de riesgos y daño social y a la salud”. (Ley nº 11.343/2006, art. 22, inciso III).

Lo que encontró la inspección nacional fue la afirmación de la existencia de un proyecto terapéutico singular en sólo diez de los 28 CTs visitadas. Sin embargo, al aplicar el método de triangulación entre la información oficial, las entrevistas con personas internadas y los documentos recogidos, se identificaron fallas e inadecuaciones entre las instituciones que afirman la existencia de tales proyectos. Esas cuestiones se señalaron en los informes locales, de la siguiente manera:

“ Tiene un formulario de proyecto terapéutico individual, pero el análisis de los expedientes muestra que su uso es precario, superficial y aborda de una manera muy distante el tratamiento realizado con el interno. Formularios que se repiten en diferentes expedientes. (MG 02 - CT Esquadrão da Vida - Francisco Sá)

“ También se observó la fuerte contradicción en relación con la construcción de proyectos terapéuticos singulares. El programa terapéutico de la institución indica inicialmente un “plan de tratamiento individual (PTI)”, construido a partir de la primera evaluación, al momento del ingreso de la persona en la casa. El mismo documento señala el diseño del “plan de atención singular (PAS)”, según la resolución de Conad. Además de que la institución no haya sido capaz de expresar una propuesta de asistencia en el documento, la

dirección, en una entrevista, mostró total ignorancia de lo que sería un proyecto terapéutico singular. Obviamente, la institución no tiene estos documentos individualizados. A través de entrevistas con personas privadas de libertad, se confirma la falta de proyectos individualizados. (MG 07 - Renascer - São João del Rei)

“ Cada participante tiene su expediente médico y un plan individual, pero se observa que este proyecto está limitado al plan de las actividades existentes en la comunidad. (DF 01 - Caverna do Adulão - Planaltina)

“ La CT tiene un plan terapéutico singular (PTS) sólo con el fin de adaptarlo a las especificidades del interno a lo que la comunidad puede ofrecer, sin respetar las particularidades y necesidades de cada uno. En otras palabras, aunque los responsables de la institución afirmen desarrollar el PTS, su enfoque no se basa en el respeto y el trabajo de acuerdo con la singularidad de cada individuo. Y entre las prácticas que caracterizan esa falta de respeto, citamos la duración de la internación que es estándar para todos, un período mínimo de seis meses que se puede extender hasta un año. (GO 01 - Salve a Si - Cidade Ocidental)

“ Apesardelapsicólogahabersidodichoqueexistetodaunapreocupación por parte del equipo en satisfacer las necesidades individuales de los “residentes” y que la institución ha tratado de promover cambios en la parte terapéutica de la labor que se ha llevado a cabo, no fue posible identificar esa conducta en el discurso de “residentes”. La psicóloga también señaló que existe la preocupación de la institución en romper con la lógica tradicional de las CTs. Sin embargo, en la práctica reportada por los “residentes”, no se encontraron elementos que identifiquen y/o refuercen esta postura de parte de la institución. Como ya se ha señalado a lo largo del informe, aunque la dirección de la CT haya dicho que se utiliza del proyecto terapéutico singular; no se identificó la existencia de ese documento en los expedientes médicos. Tampoco fue posible verificar en los registros realizados por el equipo la construcción de estrategias de atención a las personas con trastornos derivados del consumo de alcohol y otras drogas. (PE 02 - Reviver - Paudalho)

“ La coordinación informó que había un plan individual de atención (PIA) o un proyecto terapéutico singular (PTS) formulado a partir de un cuestionario hecho con la familia. Además de la dependencia química, otras cuestiones se trabajarían con la familia. Habría, de acuerdo con la coordinación, evaluación bimensual, con varios profesionales. Sin embargo, al analizarse cinco expedientes médicos, se observó que la evaluación bimensual no se realizó. En el otro, los planes individuales de atención consultados en el momento de la inspección no estaban firmados, y no había una motivación clara y tampoco el período de recepción. Lo que en realidad tenían eran anamnesis. El supuesto PIA o PTS, además de ser bastante incompleto y muy sucinto, no fue formulado con la participación de los internos ni divulgado a ellos, tampoco presupone la comunicación con otros servicios de la Red de Salud Mental para organizar la posible continuidad del tratamiento post-internación o cualquier tratamiento o intervención que tuviese relación con los familiares de los internos. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

“

Aunque la psicóloga entrevistada haya afirmado la existencia de planes terapéuticos individuales (PTI), no se observó ningún tratamiento individualizado. Ella tampoco reportó la periodicidad, o cuántos de ellos estarían en atención individual, ni el seguimiento ni el cuidado familiar ni el soporte a los egresados. Ella no reportó experiencias previas. Describió la realización de actividades grupales que se realizan en una pequeña conferencia que abordaba los temas de la dependencia. No informó los criterios de composición de los grupos, ni las técnicas psicológicas empleadas. Dijo que los internos pueden pedir hablar individualmente y, para eso, simplemente llaman a la puerta de la sala de atención. (RJ 02 - Ebenézer - Seropédica)

“

La comunidad terapéutica informa que el proyecto terapéutico singular (PTS) se desarrolla a través de conversación entre la ingresada y la monitora, que discuten qué puntos deben trabajarse para el próximo mes, teniendo en cuenta lo que observa la monitora y la interna esté de acuerdo en que debe “mejorar”. No se verificó la participación de algún profesional de la salud en ese PTS. (RO 01 - Nossa Senhora - Porto Velho)

En los casos en que se reporta la importancia de los monitores en la definición de los proyectos terapéuticos singulares previstos, se hacen evidentes los efectos de la ausencia de profesionales de la salud, quienes estarían calificados para ofrecer atención integral.

Una vez más, la fragilidad o falta de proyectos terapéuticos singulares indica la imposibilidad de estas comunidades terapéuticas ofrecer tratamiento de salud, de manera que se respete a las singularidades y que avance hacia la construcción de la posibilidad de abandonar el sitio de aislamiento, un recurso que, si se emplea, debería ser temporal, de acuerdo con la legislación brasileña y promover la reintegración social del paciente en su entorno.

### **4.3.3 Violación de la libertad religiosa**

En sólo cuatro de las 28 comunidades terapéuticas visitadas, es posible afirmar que no se han presenciado ni registrado restricciones a la libertad religiosa, sobre la base de la triangulación de la información recopilada en entrevistas con personas internadas, los equipos y documentos. Como ya han señalado los informes de inspección anteriores, una de las características de las comunidades terapéuticas es la religión como fundamento para la atención.

La libertad de conciencia y de creencias, así como la prestación de asistencia religiosa en entidades civiles y militares de internación colectiva, y también la prohibición de privar a una persona de derechos por motivos religiosos, se encuentran entre los derechos y deberes individuales y colectivos establecidos en la Constitución de 1988 (art. 5º, VI, VII y VIII). De ello se deriva, a que cada ciudadana o ciudadano pueda, de modo particular, elegir una creencia y afiliarse a una u otra, o incluso a ninguna religión, pero una creencia religiosa no puede conducir a la privación de derechos.

Por lo tanto, el cuestionamiento que se hace al uso de la religión en las comunidades terapéuticas no se relaciona con las creencias individuales, sino con el tratamiento basado en prácticas y preceptos religiosos, en la medida en que puede engendrar violaciones del derecho de las personas que no comparten esa creencia. Además, dado que el tratamiento de los trastornos mentales resultantes del consumo de alcohol y otras drogas es un proceso de atención de la salud, las bases que lo rigen no deben ser religiosas, sino seculares. La atención de la salud debe orientarse del conjunto de prácticas y principios profesionales que guían la atención en el área, especialmente cuando se trata de asistencias refrendadas o subvencionadas por el Estado, con recursos públicos.

Las prácticas de las comunidades terapéuticas promueven violaciones de derechos cuando exigen de personas privadas de libertad la inserción en actividades de ciertas líneas religiosas o, aún de mayor gravedad, cuando vinculan la idea de la curación con la aceptación de una u otra creencia religiosa.

“ La obligatoriedad de la presencia de internos en actividades religiosas se confirma por la existencia de castigo en casos de ausencias, como se ve en varios informes reproducidos a continuación:  
No hay libertad religiosa, ya que todos están obligados a participar en los llamados momentos “devocionales”. Funciona de la siguiente manera: cada día, un interno es responsable del devocional, lo que significa elegir una porción de la Biblia para leer. El devocional ocurre todos los días en la mañana como parte inicial de la rutina diaria. El interno que no se presente a tiempo para la oración será castigado (los castigos que implican un tiempo mayor de laborterapia, como ya se mencionó). (MG 02 - CT Esquadrão da Vida Francisco Sá)

“ También se informó de que no hay construcción de estrategias individuales para la recuperación. Dentro de la rutina de actividades se prevé una lectura programada de versículos bíblicos, que varía según el momento en que el sujeto es internado. Después de leer los versículos predeterminados, el interno debe responder a tres preguntas acerca de su proyecto sobre la entrada de “Dios en su vida”. (MG 05 - Peniel - Brumadinho)

“ Las actividades son básicamente religiosas y evangélicas. Si el ingresado es de otra religión, está obligado a seguir y asistir a los cultos. Uno de los entrevistados informó que al principio trató de defender sus creencias, pero siempre fue enfrentado hasta el punto de romper a la imagen de Nuestra Señora Aparecida que él se llevaba. No aceptan el culto a los santos. [...] (MG 07 - Renascer - São João del Rei)

“ Aunque el proyecto de tratamiento se materialice a partir de estas siete intervenciones, está claro que todo el proceso tiene como eje central el desarrollo de la adherencia religiosa a la fe pentecostal que guía esa CT. Explican que, aunque se trata de una institución que tiene la práctica de leer y difundir el Evangelio, se respeta la libertad religiosa de cada interno. Sin embargo, los internos tienen el desafío continuo de desarrollar, mantener y nutrir esa fe a través de los cultos diarios. Cuando algunos están más aislados o cuando su comportamiento se

desvía de lo deseable (peleas, gritos, insultos) son inmediatamente interpelados por uno de los monitores, que los llaman a la convivencia, a la fe, a la creencia, a las normas deseables, señalando los beneficios de la recuperación. [...] La no adhesión implica en el alejamiento. (RJ 02 – Ebenézer - Seropédica)

“ La doctrina de esa comunidad terapéutica se basa en la Iglesia Católica y las actividades religiosas forman parte del proyecto terapéutico, como el momento espiritual cada mañana y antes de acostarse y la asistencia a la misa. La institución informa que la participación religiosa no es obligatoria, pero las ingresadas deben irse a la misa para no estar sola en la unidad, y no puede participar en los ritos si no lo desean. Las personas internadas informan que pueden tener otras religiones que las católicas, pero rara vez pueden participar en celebraciones de otras denominaciones. (RO 01 - Nossa Senhora Aparecida - Porto Velho e R0 02 - Porto da Esperança - Candeias do Jamari)

“ Las personas ingresadas informan que no están obligadas a participar en las actividades, pero perciben que los monitores muestran insatisfacción en estas situaciones y que la predicación religiosa se lleva como una manera de superar los dilemas existenciales. Por lo tanto, existe una imposición sutil por parte de la práctica religiosa, aunque no se demuestre en la obligación de adoptarse la fe católica. (SC 01 - Fazenda da Esperança - Florianópolis)

“ Se establece que los internos tienen que participar en los cultos. Si no, no puede quedarse en la casa. Es obligatorio porque es rutina. Si no acepta las reglas tampoco es aceptado: Si no obedece, se desconecta. Aun así siguen afirmando que no hay obligación de ser evangélicos. (RN 02 - Dorcas - São José de Mipibu)

La base religiosa perjudica el carácter secular de los tratamientos sanitarios, a fin de poner en tela de juicio la posibilidad de que las instituciones con tal perfil sean consideradas, por sectores del poder público, como lugares que pueden incorporarse a las redes de atención y asistencia para los usuarios de alcohol y otras drogas.

#### **4.3.4 Laborterapia: Explotación del trabajo como herramienta de disciplina**

Del total de 28 comunidades terapéuticas visitadas, 27 informaron adoptarse la laborterapia como una de las principales formas de tratamiento, cumpliendo el papel de estructurar la vida cotidiana de las personas privadas de libertad. Bajo esta denominación, se ocultan las prácticas de mantenimiento de las instalaciones en donde se vive. Además, la fuerza de trabajo de las personas internadas también se utiliza para actividades fuera de las comunidades terapéuticas, como en el caso de que la fuerza de trabajo se ha empleado para renovar a una propiedad.

El entendimiento de que el trabajo puede tener un uso terapéutico se remonta al siglo XVIII, cuando surgieron las propuestas de tratamiento moral, basado en la internación y el aislamiento como respuestas a la locura, y en la concepción de que el trabajo, mecánico y riguroso, garantizaría el mantenimiento de la salud. La

laborterapia se creía capaz de proporcionar un cierto retorno a la racionalidad, fomentar hábitos saludables y reorganizar los comportamientos.<sup>11</sup>

Estas propuestas llegaron a Brasil con la instalación de colonias y hospitales psiquiátricos a finales del siglo XIX. En esas instituciones, la disciplina y el trabajo estaban juntos, siempre dotados de sentido moral. Ya por allí son identificables características de explotación no remunerada del trabajo, ya que a cambio los internos recibían la posibilidad de mantenerse reclusos en las instituciones, lo que contribuía en hacerlas económicamente viables. Las asignaciones de responsabilidades a los internos más adaptados al trabajo, y su permanencia en esos espacios a partir de sus funciones, también fue algo que encontrado en instituciones manicomiales.<sup>12</sup>

En el siglo XX, las experiencias puntuales subvirtieron esa lógica proponiendo actividades capaces de crear medios de expresión para las personas internadas, desvinculándose de los objetivos de normalización comportamental y basado en otras concepciones de tratamiento.<sup>13</sup>

En las primeras décadas del siglo, se desarrolló otro uso del término, esta vez entendido como una terapia que se desarrolla en el lugar de trabajo, orientada a solucionar problemas administrativos, técnicos e interpersonales.<sup>14</sup>

La Reforma Psiquiátrica, en Brasil y en el mundo, cuestionó esos principios de ocupación del tiempo, control de cuerpos y normalización y propuso la superación de la laborterapia (así como la generación de ingresos a los establecimientos en donde se realiza la explotación del trabajo de las personas privadas de libertad). Profesiones como la psicología y la terapia ocupacional han reformulado las estrategias de tratamiento y atención y, en el nuevo paradigma, la propuesta de actividades está presente sin el significado de trato moral. Proyectos e iniciativas con el propósito de proporcionar la formación y el acceso al trabajo tienen sentido, en este nuevo modelo, si se entiende como un instrumento de reinserción social, con objetivos de promover la autonomía, construir la ciudadanía y la independencia, respetando las singularidades expresadas en los intereses y habilidades de los sujetos.<sup>15</sup>

---

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

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

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

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

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

Sin embargo, en el discurso usual de las comunidades terapéuticas, el trabajo retoma el sentido que tenía en el proyecto alienista, de un instrumento disciplinario, que a menudo gana un significado punitivo – lo que es evidente cuando las sanciones por escapar de las normas del lugar se reflejan en un aumento de la carga de trabajo. Lejos de permitir la expresión individual o facilitar proyectos singulares de reinserción, el uso de esa actividad, de la forma en que se hace en las CTs visitadas, la mayoría de las veces simplemente corresponde a servicios de limpieza, mantenimiento y -como se puede observar- la construcción de edificios sin remuneración, además de la obligación impuesta al trabajo interno como seguridad de las instituciones.

El trabajo no tiene un sentido ético de autocuidado o cuidado con lo común, ni la expresión de potenciales creativos, tampoco de la oferta de capacidades y herramientas que contribuyen al retorno e inserción de personas privadas de libertad a la convivencia social, con trabajo e ingresos.

Por lo tanto, la laborterapia no es más que un eufemismo para el trabajo de mantenimiento de los lugares de internación, sin perspectiva de desarrollo de potencialidades o formación profesional. En la forma en que se utiliza, la laborterapia abarca las prácticas de trabajo forzoso y en condiciones degradantes, en la medida en que no ofrece una remuneración adecuada y otras garantías laborales. Al mismo tiempo, exenta a quienes ofrecen los servicios de internación asumir los costes de mantenimiento de los espacios, potencializando la posibilidad de maximizar las ganancias.

Los siguientes párrafos presentan extractos de los informes de las inspecciones sobre el uso de la laborterapia que, de nuevo, no tienen la intención de dar cuenta de todos los casos, sino de proporcionar información sobre el funcionamiento de la práctica:

“ [...] esta terapia se presenta en forma de trabajos realizados por los internos para el mantenimiento de la unidad, tales como la limpieza de las habitaciones, el área externa de la unidad, la cocina y otros servicios sin remuneración. [...] los internos también realizan la función de monitores de la institución, sin recibir para tales actividades. Si el interno no realiza las actividades solicitadas por los terapeutas, puede sufrir sanciones disciplinarias [...] Cuando se le preguntó si los internos trabajan, el coordinador dijo que no, lo que existiría sería la laborterapia. Cuando se le preguntó acerca de quién hizo todo el mantenimiento de la institución y preparación de la comida, informó que eran los internos, pero que no entendían esas tareas como trabajo. (MT 01 - Recomeço - Cuiabá)

“ Es importante destacar que, de acuerdo con el informe de los “residentes”, no hay ningún empleado de servicios generales en la CT y que todas las actividades de la casa, incluida el aseo de la perrera, son realizadas por ellos. Los empleados informan que hay un profesional para la limpieza de la piscina y la jardinería. (PE 02 - Reviver - Paudalho)

“ La dirección se utiliza de las mismas ingresadas para mantener el funcionamiento de la comunidad terapéutica, dividiendo las actividades de limpieza de la casa, habitaciones y baños, balcones, jardín y servicios de cocina. Por lo tanto, la institución sustituye la necesidad de contratar profesionales cualificados para tareas de mantenimiento. No hay remuneración por las actividades desarrolladas. (RO 01 - Nossa Senhora - Porto Velho)

“ Al momento de nuestra llegada a la CT, los usuarios estaban retirando el agua de la Laguna de Bonfim (con acceso por el terreno de la comunidad), transportando en galones y almacenando en cajas de agua. La actividad fue indicada como la laborterapia esa mañana. (RN 01 - Cerena - Nísia Floresta)

“ Después del desayuno, que se realiza de 8h a 9h de la mañana, las personas realizan “Terapia ocupacional”, que consiste en todo el trabajo de mantenimiento de la comunidad terapéutica, que no tiene un empleado: el aseo de la casa y la finca, servicio de lavandería, cocina, huerto, cuidado de los animales, mantenimiento de edificios, etc. Cuestionada acerca de la terminología por tratarse de una profesión, el pastor desvió el sentido y respondió: “son ellos mismos los que lo hacen, esto es trabajo”. (MG 07 - Renascer - São João del Rei)

“ Con el fin de demostrar que la laborterapia no forma parte del tratamiento y que su fin es sólo para el mantenimiento de la institución, la comunidad terapéutica sustituye la necesidad de contratar profesionales por la fuerza de trabajo de sus internos. Recordando que algunos de ellos pagan la cuota mensual para permanecer allí, o de lo contrario tienen “plaza financiada” por recursos públicos. Esa división de tareas dentro de la institución no se puede configurar como un tratamiento de salud. Según los informes, si los internos se niegan a realizar alguna tarea, pueden ser castigados con advertencia y, al límite, desconectados de la comunidad terapéutica. El hecho demuestra la obligación del trabajo, y ninguno de ellos recibe salario por hacerlo. Los trabajos varían entre el aseo, la conservación de la comunidad, la preparación de los alimentos, la reparación de la estructura del edificio y la realización de obras, como la construcción del gallinero y el bombeo de agua al pequeño lago. No se distribuye ningún equipo de protección personal (EPP) para que los internos realicen algunas tareas que requerirían dicho equipo. El equipo visitante recibió serios informes de personas que tenían su visión afectada (“quemada”) por trabajar con soldadura sin la protección adecuada. (MG 08 - Casa de Resgate Emanuel - Bandeira do Sul)

“ También se informó que un interno trabajaba en el huerto de la clínica y otros dos en la construcción de una cuarta casa en el lugar. Estas personas tampoco fueron remuneradas, e incluso no recibieron ningún beneficio por el trabajo, excepto un paquete de cigarrillos por la semana de labor. El personal de la clínica informó que el trabajo era voluntario, realizado por aquellos que querían, y que habían sido elegidos a dos usuarios con experiencia como albañiles para la construcción de la nueva casa. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

También hay casos en los que se identificó el uso de la mano de obra en trabajo realizado fuera de los límites de la comunidad terapéutica, lo que indica otro

aspecto del carácter laboral no remunerado y, por lo tanto, no de actividades regulares. También hubo un informe de trabajo en la casa de playa de la propietaria de la comunidad terapéutica.

“ Los otros internos llevan a cabo trabajos en la casa como: el cuidado del jardín, el gallinero, la cochinería, el recogido de leña para la estufa, la limpieza, la preparación de los alimentos, la construcción del nuevo alojamiento, y la renovación de la casa de playa de la coordinadora. La misma directora informó a los internos que necesitaba reformar la casa para vender y usar el dinero en la comunidad. Así, casi a diario, seis internos son desplazados para trabajar en la obra. Trabajan un promedio de cuatro a cinco horas todos los días de la semana, teniendo en cuenta que son los internos que hacen todo el servicio de mantenimiento y la preparación de los alimentos de todos en la institución. Los fines de semana, la programación cambia, ya que la institución recibe a los familiares de los internos. (RN 02 - São José de Mipibu - Dorcas)

“ Todos los trabajos de mantenimiento de la comunidad son realizados por los internos. El pastor [nombre ocultado] (director de la CT) lo llama terapia laboral, o laborterapia. Hay dos “obreros”, internos que asumen una forma de monitoreo de las actividades. Ellos se llevan chalecos, identificaciones y silbatos para controlar la rutina de la comunidad. El trabajo de los internos no es remunerado. Según el pastor, la laborterapia duraría sólo 3 horas al día, dividiéndose por la mañana y por la tarde. Esta información contrasta con los informes de los usuarios que dicen que trabajan al menos 6 horas al día. Uno de los usuarios informó haber hecho ya un servicio externo de mudanza para un amigo del pastor [nombre excluido] en Belo Horizonte. Como pago recibió un almuerzo, pero la actitud habría sido un favor. (MG 09 - Terra Santa - Betim)

“ Se informó que la CT mantiene algunos contactos aparentemente informales para la actividad de formación profesional del manejo de tractores con la Universidad Federal Rural de Río de Janeiro. La formación es ofrecida voluntariamente por un profesor evangélico de esa universidad. Hay un espacio de ocio cercano, donde los internos llevan a cabo actividades recreativas, y una unidad de la [nombre excluido de la red de supermercados] que provee alimentos a cambio del trabajo diario no remunerado realizado por algunos internos. (RJ 02 - Ebenézer - Seropédica)

No es raro que los equipos de seguridad de la comunidad terapéutica estén compuestos por personas privadas de libertad. En Sao Paulo, hubo informes de adolescentes que trabajaban en uno de esos equipos, llamado Grupo de Apoyo al Paciente (GAP). El trabajo de los internos como seguridad también se abordará en el ítem 4.5.5 (Seguridad y vigilancia). El uso de la fuerza laboral sin formalización y remuneración aporta pruebas de prácticas que, al menos, perjudican los derechos laborales y que deben ser investigadas mejor por los órganos competentes. Estas indicaciones se hacen aún más fuertes en los casos en que también están presentes la práctica de rescate y la internación involuntaria

(es decir, en la mayoría de las instituciones inspeccionadas), cuando configura con mayor claridad la delegación de la carga de trabajo a personas que no han tenido la posibilidad de elegir estar presentes en esos espacios o de rechazar las tareas impuestas.

Además, cuando el interno se niega a llevar a cabo actividades de mantenimiento de los sitios, la negativa se convierte en una de las fuentes de castigo y sanción, como ratifican los casos reproducidos en el ítem sobre castigos, que se verá adelante. En resumen, el uso de la laborterapia en casi todas las CT visitadas es idéntico al que se encuentra en las instituciones manicomiales. Se trata de un instrumento disciplinario, que tiene como objetivo simplemente someter los cuerpos a la orden. Es el empleo de una fuerza de trabajo en la conservación del espacio donde se vive, lo que simplemente imputa a la persona privada de libertad la tarea de aseo y mantenimiento, eliminando dichas tareas del rol de responsabilidades de quienes ofrecen el servicio de internación. Esto contribuye a la viabilidad económica y posible rentabilidad de las comunidades terapéuticas, en la medida en que exime a las instituciones de la contratación regular de personal para llevar a cabo las tareas dirigidas a su mantenimiento.

A pesar del discurso de laborterapia, el trabajo en las CTs está lejos de cualquier objetivo de formación o cualificación profesional con el fin de proporcionar nuevos horizontes y posibilidades de actividades remuneradas luego de finalizar la internación. Tampoco busca expresar o fortalecer las potencialidades. Como un instrumento simple para ocupar el tiempo de inactividad, el trabajo pierde incluso su sentido ético del autocuidado o el cuidado con lo común. A veces gana, en cambio, la sensación de castigo, cuando se incrementa la carga de trabajo como sanción.

Estas relaciones, que no pueden caracterizarse como prácticas de tratamiento de la salud, entendiéndose mejor como trabajo, indican una ilegalidad sanitaria, así como de posibles violaciones de los derechos laborales. En este sentido, es necesario cuestionar la legalidad incluso en aspectos de la jornada laboral, la remuneración, la adopción de medidas para reducir los riesgos inherentes a las actividades (como los equipos de protección personal y colectiva), como garantizan la Constitución Federal en su artículo 7º, sobre los derechos de los trabajadores, y la Consolidación de las Leyes Laborales (CLT), en los artículos 3º, 58, 116, entre otros.

Por último, es posible considerar incluso la posibilidad de la existencia de elementos indicativos de trabajo forzoso, jornada exhaustiva, sujeción a condiciones degradantes, aspectos que se encuentran en la definición de trabajo análogo a la esclavitud en el Código Penal, en su artículo 149.

#### 4.3.5 Ausencia de protocolos o proyectos de desinstitucionalización

Dado que el tratamiento de personas usuarias de drogas no debe tener connotación manicomial, la atención que se les brinda siempre debe apuntar a la convivencia comunitaria, en equipamientos establecidos en el territorio que permitan la máxima integración social. Es en este sentido que, durante las inspecciones, se buscó verificar cómo cada comunidad terapéutica desarrolla la posibilidad de salir de la internación, que a su vez debería formar parte de los proyectos terapéuticos singulares.

Vale la pena señalar que, en 2014, el Ministerio de Salud creó un programa de desinstitucionalización, insertado en la Red de Atención Psicosocial (Raps), y definió incentivos financieros para la subvención mensual de los costos para los equipos propuestos, en el marco del Sistema Único de Salud (Ordenanza MS N° 2.840/2014). La ordenanza se ocupa específicamente de la desinstitucionalización de los casos de internación a largo plazo, ininterrumpida y de más de un año. Entre los casos identificados durante la inspección y que reflejan esa situación se encuentra el de una persona ingresada hace siete años en la comunidad terapéutica Cerena, en Nisia Floresta (RN), cómo se pudo verificar mediante documentos recogidos por el equipo de inspección.

Las comunidades terapéuticas visitadas, según la información obtenida en las inspecciones, no ofrecen herramientas que permitan a las personas internadas, la producción de nuevos proyectos de vida o la adquisición de capacidades y formación para su regreso a la vida familiar, laboral o comunitaria, de acuerdo con los siguientes informes, que de nuevo no tienen la intención de reproducir la totalidad de las situaciones encontradas o individualizarlas, sino ofrecer una visión general de los hallazgos.

“ El plazo máximo de internación es de nueve meses y puede prorrogarse excepcionalmente si el director de la unidad lo evalúa necesario. La mayoría de los internos ya habían frecuentado otras CTs anteriormente.

“ Actualmente, no hay cualquier seguimiento de las desinstitucionalizaciones. Uno de los internos se quejó de la ausencia de cursos vocacionales o cualificación para los usuarios: “Noves meses, pero ¿después qué? Volverá con la cabeza en la boca del león.” (MG 09 - Terra Santa - Betim).

“ Algunos informes muestran experiencias previas de internación en la misma comunidad y en otras unidades, siendo alarmante el discurso de uno de los ingresados de que su proyecto futuro es continuar en la CT como voluntario. Por lo tanto, debe considerarse si otras opciones de tratamiento se articulan con los equipamientos de los territorios donde residen, o si el tratamiento, el distanciamiento de la vida social y la religiosidad inherente se presentan como la solución a los impactos del uso de drogas sobre la calidad de vida de esas mujeres. Del mismo modo, no se identifican intentos o prácticas que producen

reintegración social, lo que se refleja comúnmente en la adopción de la “carrera de monitores de la CT” como un proyecto de vida viable, efectivamente el único que puede ser concretado. (SC 01 - Fazenda da Esperança - Florianópolis)

“ Según la información recopilada en el sitio, las internaciones duran entre tres y seis meses. No hay indicios de preparación para el momento de salida o seguimiento formal durante el período de cierre. Se han notificado varias readmisiones. (PB 02 - AMA - Conde)

“ El período de internación es de un año y puede prolongarse de acuerdo con el caso clínico. No se identificaron medidas con vistas a la desinstitucionalización. El enfoque es el aislamiento de la sociedad como parte del tratamiento. Se percibe un llamamiento velado para que permanezcan vinculados a la institución en donde desarrollan el trabajo voluntario, que puede durar otros 12 meses e incluso experimentar la convivencia en otras unidades de la institución en el país, creando un fuerte llamado a la institucionalización. (PA 02 - Fazenda Esperança - Abaetuba)

“ No hubo conocimiento de un proyecto de desinstitucionalización, aparentando que los internos estuvieran dispuestos a permanecer conectados a los principios religiosos a los que están sometidos, perpetuándolos, ya sea como “coordinadores”, que llevan a cabo sus funciones en la comunidad terapéutica, ya sea en las vidas en su conjunto. (RJ 02 - Ebenézer - Seropédica)

La ausencia de proyectos para el retorno a la vida en la sociedad termina transformando la permanencia en las CTs -como monitores o coordinadores- en el horizonte posible, en un círculo que se cierra fácilmente, traduciéndose en reclusión y aislamiento durante largos períodos.

En las seis comunidades terapéuticas en las que se afirmó haber un proyecto de desinstitucionalización, esto estaría compuesto, en general, por el aumento de la frecuencia de las salidas de la CT y el incentivo para que los internos busquen trabajo. En algunos lugares hay talleres (artesanía, panificación, agricultura), pero casi nunca ofrecen nuevas herramientas o habilidades profesionales. Se puede notar el patrón encontrado en los siguientes extractos.

“ La psicóloga informó que al acercarse al tiempo de la salida de los internos ella trabaja en los grupos cómo hacer la planificación financiera, cómo encontrar un lugar para vivir o un trabajo [...] La dinámica de salida para ver a la familia: después de tres meses de estancia, el interno sale durante tres días para pasar un fin de semana en casa. Luego, transcurridos el término de 15 días, el interno sale de nuevo durante tres días, que se repite quincenalmente. Paralelamente, la familia puede visitar al interno todos los domingos. [...] Después de cinco meses de tratamiento, previa autorización, el residente puede comenzar a buscar trabajo o incluso trabajar, regresando a la institución después de horas. Los internos también

pasan por revista cuando salen para salidas terapéuticas. A algunos se les permite salir solos para diligenciar sus cosas. (DF 01 - Caverna do Adulão - Planaltina)

“

El período máximo de internación es de nueve meses. Si la interna no tiene una familia o no logra un trabajo para su sostén, puede quedarse un poco más. Se permite después de seis meses de internación que la interna pase un fin de semana en casa, sin cualquier contacto externo antes de ese período, sino para ir a las unidades de salud o a la misa, siempre acompañada de monitoras. Después del final de la internación, hay una reunión mensual para darle seguimiento a la finalización del tratamiento. (RO 01 - Nossa Senhora Aparecida - Porto Velho)

“

Después del final de la internación, hay un período de desinstitucionalización con previsión de duración de cuatro meses, en el que el interno comienza a residir en la ciudad de Porto Velho para realizar una reintegración social y familiar. Ese período puede extenderse si es necesario. Posterior a la salida, se realiza un seguimiento en períodos quincenales o mensuales. (R0 02 - Porto da Esperança - Candeias do Jamari).

La escasez de acciones e iniciativas orientadas a construir la posibilidad de dejar la internación es la principal información obtenida sobre el tema. La tendencia que se ve es de mantener la institucionalización, de tal modo que la planificación para la salida de los espacios reciba poca atención, agravada por la falta de profesionales cualificados para hacerlo, indicando una vez más la característica manicomial.

#### **4.3.6 Interlocución con dispositivos de la red de atención de salud**

En Brasil, la atención psicosocial para personas con trastornos mentales, incluido el consumo de alcohol y otras drogas, se guía por las directrices definidas por el Ministerio de Salud que regulan las prácticas en la materia, con el fin de ofrecer a las personas bajo tratamiento el acceso a la atención integral de salud. Una de estas directrices es la organización de servicios en una red regionalizada de atención de la salud, con el establecimiento de acciones intersectoriales para garantizar la integralidad de la atención (Ordenanza MS/GM nº 3.088/2011). Durante las inspecciones, al cuestionar sobre la interacción con la Red de Atención Psicosocial, lo que se pretendía era precisamente evaluar cómo las comunidades terapéuticas están interactuando con otros dispositivos de atención de salud.

Hubo 12 comunidades inspeccionadas que informaron interactuar con la Raps. Sin embargo, al describir esta interacción, es evidente que se trata de un acceso puntual a los servicios ofrecidos por la Red Pública de Salud, algunos de ellos en salud mental, pero no hay una articulación sistemática, o que se oriente a diversificar las estrategias de atención, y menos aún para establecer una relación con el territorio.

A los efectos de la elaboración de este informe, se consideró que una comunidad terapéutica tiene interlocución con la Raps cuando el contacto reportado es continuo. El uso ocasional de los servicios de salud no se consideró interlocución con la Raps, incluso cuando esa información procedió de los informes estatales, sobre la base de entrevistas con el personal de las instituciones.

Por lo tanto, el patrón encontrado en las instituciones visitadas es que estos permanecen aislados del conjunto de instrumentos de atención para los usuarios de alcohol y otras drogas en Brasil. Por otro lado, también es posible percibir críticas a las prácticas del Centro de Atención Psicosocial (Caps), que señalan las dificultades derivadas de la relación entre esas instituciones, de estilos diferentes.

En los casos que se presentan a continuación, es posible acercarse a las dinámicas de esta relación. Inicialmente, presentamos ocurrencias en las que la interacción es evidente sólo con los servicios públicos generales de salud:

“ El programa terapéutico de la institución también indica que “según la Anvisa, a través de la RDC 29/2011”, la casa mantendría una relación con la red sanitaria, confiando en “el soporte de la red pública en el municipio de San Juan Del Rei”. En el reglamento interno, la institución indica que sólo “caso de urgencia surgido en el período de internación” permitirá a la persona en privación de libertad tener acceso a “algún tratamiento médico, odontológico etc.”. En la entrevista final con la dirección, se informó que las personas que ya realizan algún tipo de tratamiento de salud pueden seguir asistiendo a él, pero está a cargo de la familia para organizar el desplazamiento, acompañado del representante de la institución. (MG 07 - Renascer - São João del Rei)

“ Se concluye que el seguimiento global de los síntomas y comorbilidades se realiza por la unidad básica y el hospital general, sin la correcta indicación del Centro de Atención Psicosocial especializado en alcohol y drogas. Durante las entrevistas, el equipo se dio cuenta de que algunos internos mostraban poca articulación del discurso y un estado de confusión mental. (SC 01 - Fazenda da Esperança - Florianópolis)

Cuando hay contacto con los Caps, en general, se trata de consultas con psiquiatras para la prescripción de medicamentos, sin interactuar con las propuestas de atención en el entorno abierto que definen esos espacios, dejando claro el carácter de mera búsqueda de medicamentos para fines de control de las personas institucionalizadas en las CTs. Algunos informes al respecto se presentan a continuación:

“ Según el director, un médico laboral realiza una evaluación diagnóstica previa. Pero los profesionales informaron que todos los internos se someten a una evaluación con el psiquiatra del Caps, luego de su admisión.  
Cuando las personas internadas necesitan atención médica, son llevadas en vehículo a las Unidades de Atención Integrada (UAI) en los barrios de Planalto y Luizote de Freitas. [...]

Otro dato relevante reportado es que todos los internos reciben asistencia psiquiátrica en el Caps, pero no inmediatamente, porque dependen de la disponibilidad de la Red de Salud Pública. Sin embargo, el psicólogo tiene una crítica al respecto.

Dice que la relación con la red es amistosa, pero que el termómetro que tiene es que TODOS los internos siempre regresan de la atención médica con una lista de medicamentos prescritos y, según su punto de vista, no siempre tales medicamentos son indispensables o incluso necesario. En muchas ocasiones, el cree que incluso estorban. Sin embargo, esa es su opinión. No puede y no recomienda al interno a no tomar la medicación. (MG 01 - Nova Criatura - Uberlândia)

“

La institución a menudo utiliza el Caps más cerca, sin embargo, con el fin de medicar a los internos, es decir, el único aspecto que se utilizan de los Caps es la clínica ambulatoria y, desde el discurso de muchos, no es de una manera constante u obligatoria. (GO 01 - Salve a Si - Cidade Ocidental)

“

Los internos van mensualmente al psiquiatra del Caps para renovar la prescripción de los medicamentos. Los monitores retiran el medicamento y lo almacenan en un armario con cerradura en las cajas personales junto con la receta y administran según las prescripciones del médico. Todo el apoyo sanitario que reciben los internos procede de la red pública, ya sea en la UBS del barrio, los Caps, la UPA etc., a depender de la demanda. (RO 02 - Porto da Esperança - Candeias do Jamari)

“

El director considera que el cuidado del Caps es “insuficiente”, “deficiente” y “no ve resultados”. No hay cualquier articulación con otros equipos de la red o de la ciudad. El transporte de los internos se realiza en los mismos vehículos de la institución: un vehículo propio y cuatro como depositario fiel. (MG 01 - Nova Criatura - Uberlândia)

“

Tanto en las declaraciones de la propietaria de la casa como de los internos se dijo que recibían, cuando era necesario, atención médica en la Unidad Básica de Salud (UBS) de Sao José de Mipibu/RN, el municipio donde se encuentra la entidad, o en la UBS de Candelaria en Natal/RN, donde hay personas conocidas de la propietaria. También informaron que, por lo general cada 15 días, los albergados recibirían tratamiento en el Caps I de Sao José de Mipibu/RN, con la ayuda de la municipalidad que proporcionaba un vehículo (un Kombi) para realizar el traslado. Sin embargo, este esquema sufría muchas interrupciones porque el transporte no siempre estaba disponible. (RN 02 - Dorcas - São José de Mipibu)

“

Los monitores tienen acceso a la lista de internos que hacen uso de medicamentos y ministran en los tiempos establecidos por la técnica de enfermería. Cuando el interno no tiene ninguna condición financiera para ir al psiquiatra indicado por la unidad, es dirigido al Centro de Atención Psicosocial. Cuando se identifica una demanda que va más allá de las condiciones de la unidad, los internos son derivados a los equipamientos sanitarios del territorio. (PA 01 - Embrião - Castanhal)

En sentido contrario de la interlocución con la red, lo que se encontró en algunas veces fue la dificultad de acceso a la salud, a través del sistema público, garantizado constitucionalmente y normalizado por la resolución de Anvisa,

según la cual “las instituciones deben contar con mecanismos de derivación de los residentes a la red sanitaria cuando se presenten complicaciones clínicas derivadas o asociadas con el uso o la privación de SPA, así como en los casos en que presenten otros agravios de salud” (RDC Anvisa n 29/2011, art. 8º). Sin embargo, hay situación en la que:

“

La comunidad terapéutica no ofrece la atención médica internamente. Cuando es necesario, las personas privadas de libertad son atendidas externamente y llevadas en el vehículo de la institución o la familia es llamada a realizar ese traslado. Hay informes de que, cuando se utiliza el vehículo de la institución, se cobra una tarifa del interno. Hay informes de que los exámenes realizados en la red de salud pública se cargarían a la familia de los internos, aunque se realizaron de forma gratuita, sin carga para la comunidad terapéutica. (MG 08 - Casa de Resgate Emanuel - Bandeira do Sul)

En otro caso de restricción del acceso a la salud, existe un componente evidente de género, dado que a las mujeres privadas de libertad puede les esté siendo negado el acceso al seguimiento ginecológico.

“

Las mujeres deben tener garantizado su derecho a la salud, incluido el derecho a la salud reproductiva y sexual. En otras palabras, se les debe proporcionar acceso a servicios de salud preventivos con atención a necesidades específicas de género, por ejemplo, exámenes de prevención del cáncer de cuello uterino, así como a todos los servicios para tratar enfermedades sexualmente transmisibles, con la posibilidad de realizar exámenes con el consentimiento de la mujer y su consiguiente tratamiento, si es necesario. Sin embargo, la CT solo envía las mujeres a la atención médica en casos graves.

“

Además, teniendo en cuenta que no hay tratamiento ofrecido en la CT, los antecedentes de vida de las mujeres no se toman en cuenta para trabajar el uso que hicieron de alcohol y otras drogas. Por ejemplo, las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia y que atribuyen esta violencia a su búsqueda de drogas no pueden trabajar estos temas, ya que la única posibilidad que se ofrece en la CT es la laborterapia. (MG 03 - Fazenda Vitória - Lagoa Santa)

Por lo tanto, los informes presentan bases para afirmar que la interlocución de las comunidades terapéuticas con los dispositivos del sistema de salud tiende a ser puntual. Una interlocución sólo para acceder a los servicios de salud pública y los servicios de los psiquiatras ofrecidos por los Caps, en lugar de una articulación más cercana con dicho espacio y las posibilidades de atención que ofrece.

#### **4.3.7 Violación de la norma sobre el período de internación**

La norma establecida por el Ministerio de Salud define el plazo máximo de nueve meses de internación en comunidades terapéuticas (Ordenanza MS/GM n° 3.088/2011, art. 9º). Sin embargo, de acuerdo con la información recopilada por

la inspección, los períodos reportados por los empleados y directores varían. Por regla general, lo que se encuentra es un período de internación desconectado de proyectos terapéuticos singulares y la fragilidad de los proyectos de desinstitucionalización.

Es curioso señalar que en una única CT la respuesta a la pregunta sobre el período de internación fue de un máximo de nueve meses, según lo establecido por el Ministerio de Salud. En un desacuerdo franco con la norma, en 13 de las comunidades visitadas hay una determinación de un período mínimo de estancia, que no está en la regla.

En algunas de las justificaciones del período de internación, se hacen patentes las bases únicamente religiosas y, una vez más, la fragilidad de estos sitios en términos de proporcionar herramientas para la reconstrucción de proyectos de vida después de la desinstitucionalización. En los casos más graves, simplemente no hay criterios para definir el período de internación:

“ La información obtenida a través de las entrevistas con la dirección, con los trabajadores y con los internos, indica que el centro de recuperación no trabaja hacia un tratamiento para los dependientes del alcohol y otras drogas. El período mínimo de internación es de 30 días y un máximo de 120 días, que se pueden renovar de forma ilimitada. En este sentido, el informe de la dirección afirma que el centro [comunidad terapéutica] no está “tratando” el uso abusivo del alcohol y las drogas, sino más bien la “falta de Dios” en la vida de esas personas, por lo que no les importa el “después” de la internación. (MG 05 - Peniel - Brumadinho)

“ Una cuestión relevante se refiere al final del tratamiento y al proceso de alta. Varios internos han estado allí durante años y, como no hay interés familiar en recogerlos, allí permanecen indefinidamente. Otros, con menos tiempo, se muestran aptos para irse. Como no hay seguimiento de la evolución de cada caso, al parecer, el único criterio de alta es la conversión y adopción de preceptos religiosos cuya demostración pública y convincente de los trabajadores constituyen la idea de un tratamiento completado. Hay cierto oscurantismo en cuanto a ese final. (MG 04 - Maanaim - Itamonte)

#### **4.3.8 Ausencia de registros individuales de residentes**

La resolución RDC n° 29/2011 de Anvisa establece que existe un registro individual para cada persona que reside en las instituciones, en la que se debe registrar periódicamente la asistencia dispensada e los sucesos de eventos clínicos (art. 7°). También define que, en estas plantillas se deben registrar las actividades rutinarias, las actividades lúdicas y terapéuticas, las consultas grupales o individuales, las actividades educativas y de desarrollo, la atención médica,

la participación en rutinas de aseo y organización, la atención a la familia, la predicción del tiempo de internación y las actividades dirigidas a la reinserción social.

Sólo 15 de las 28 CTs inspeccionadas se verificaron la existencia de registros médicos, sin embargo, en ninguno de ellos se observó su finalización sistemática. En las otras CTs, tales registros simplemente no existen. Esto, una vez más, indica que la internación por sí sola es la medida prevista del tratamiento. Además, obstaculiza cualquier tipo de análisis o evaluación sistemática de las prácticas.

“ Aunque la dirección alegó que había registros y seguimientos individuales y sistemáticos de cada uno de los internos, los registros se hicieron con grandes intervalos de tiempo, de manera superficial y denotando un sesgo moral con respecto a las personas atendidas. Por lo tanto, no puede afirmarse que existiera un seguimiento técnico adecuado. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

“ Según los internos entrevistados por el equipo de visita de inspección, no hay una rutina específica más allá de la medicación y, esporádicamente, los grupos de ayuda mutua. Los internos con los que hablé negaron la atención psicológica y psiquiátrica. Su discurso corrobora la falta de registro de actividades en los registros médicos y las pocas evoluciones del equipo presentadas en los documentos. La excepción son los registros de enfermería prácticamente diarios en los registros de los internos. (PB 02 - AMA - Conde)

En los casos de internación obligatoria, la ausencia de registros en sí misma es un problema grave. Esto demuestra que, dentro de las comunidades terapéuticas inspeccionadas, carece de una institucionalidad mínima que es capaz de organizar y monitorear la situación de las personas que están allí por decisión de los organismos públicos.

Concretamente en relación con el trabajo de psicólogas y psicólogos, la Resolución CFP n° 001/2009 define las normas mínimas para el registro documental de los servicios psicológicos, lo hace obligatorio, incluso cuando no se pueden mantener expedientes. De carácter confidencial, el registro debe describir las actividades y los procedimientos técnicos y científicos adoptados sucintamente. Deben incluir la identificación de la institución y del usuario, la evaluación de la demanda y los objetivos, la evolución del trabajo, entre otros. Para el caso de atención grupal, el psicólogo “debe mantener, además de los registros de las consultas, la documentación individual que hace referencia a cada usuario” (art. 5° , párrafo III).

Durante las inspecciones, en algunas CTs se encontraron registros individuales de las personas internadas y, en las que los poseían, el patrón era de poca profundidad y ausencia de adecuación a las normas técnicas.

No fue posible verificar los registros profesionales, ya que sólo la psicóloga los realiza. Aparentemente, estos registros no son institucionales, ya que se hacen en el propio cuaderno del psicólogo y no están disponibles en la institución. (MG 08 - Casa de Resgate Emanuel - Bandeira do Sul)

“

No hay matices de enfoque individual, conducción caso por caso, o algo similar. La verificación de los expedientes muestra que existen carpetas individuales, para la preservación de los documentos de identificación y la tarjeta del SUS, a veces una medida judicial, alguna prescripción médica y una anotación sucinta del psicólogo, hija del pastor, en la que consigna el nombre, edad, algunas referencias a la droga utilizada, la existencia de otros usuarios de drogas en la familia, capacidad o no de articulación del discurso, dificultad en la adaptación, sentimiento por la familia. No hay anamnesis, no hay informes de la evolución del caso, no hay secuencia de consultas, a menos que sea debido a problemas disciplinarios. Además, no están incluidos en los expedientes notas de profesionales médicos, psiquiatra, etc. Sólo hay un retrato del chequeo inicial, generalmente hecho el día de la admisión. Además, en la gran mayoría de los casos, las medidas judiciales no están incluidas entre los registros. (MG 04 - Maanaim - Itamonte)

Sin registros, cualquier evaluación de la evolución de la persona internada o información sobre su historia que pueda apoyar propuestas de atención se ven comprometidas. La ausencia de registros psicológicos, además de perjudicar la normalización de la profesión, se suma a la falta de proyectos terapéuticos singulares y, como consecuencia, a la ausencia de herramientas para la construcción de proyectos de reanudación y reconstrucción de la vida cotidiana, más allá de los muros de las comunidades terapéuticas.

## 4.4 Equipos de Trabajo

### 4.4.1 Fragilidad de los equipos multidisciplinares

Según la Ley de Reforma Psiquiátrica, la internación de personas con trastornos mentales sólo está indicada cuando los recursos hospitalarios son insuficientes. Su objetivo apuntará, en estos casos, a la reinserción social y ofrecerá una asistencia integral, que debería incluir “servicios médicos, asistencia social, psicológicos, ocupacionales, de ocio y otros”. (Ley nº 10.216/2001, art. 4º, párrafo 2º). Instituciones carentes de estos recursos y que no garantizan que los derechos enumerados en la ley se caracterizan de carácter manicomial y se tiene prohibida la internación en estos sitios. Sobre la base de esto, se verifica la enorme importancia de la existencia de profesionales de la salud capaces de ofrecer una atención integral necesaria para situaciones en las que la internación es el recurso necesario.

Además, la Resolución RDC nº 29/2011 de Anvisa establece que esas instituciones cuenten con recursos humanos disponibles a tiempo completo, en número

compatible con las actividades desarrolladas y que proporcionen formación al equipo. Durante las inspecciones, buscamos verificar el perfil y la calidad de la atención de salud profesional disponible para los internos.

La situación encontrada en las comunidades terapéuticas inspeccionadas fue la escasez de profesionales para la oferta de atención integral. Hay pocos profesionales con formación en el área de salud y muchos monitores. Por ejemplo, en sólo cinco de las comunidades terapéuticas inspeccionadas había registro de la presencia de tres categorías de profesionales: enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales. En los otros cuatro, los informes fueron de total ausencia de equipo técnico.

Entre las comunidades visitadas, 23 informaron trabajar con monitores y 15 dijeron que tenían voluntarios. La escasez de profesionales es un síntoma de los arreglos improvisados que, finalmente, conforman las comunidades terapéuticas. También es indicativo de la fragilidad de estos espacios en términos de capacidad para proporcionar, de hecho, atención de la salud. El modelo termina también teniendo la incapacidad de cumplir con diferentes requisitos normativos, como el mantenimiento de los registros y expedientes de las personas privadas de libertad.

“ La CT funciona principalmente bajo la responsabilidad de dos monitores. Trabajan en turnos de siete días, alternando durante el mes. Los monitores no tienen formación en el área de la salud, pero se encargan de todos los detalles de la vida cotidiana. Desde tocar la campana, utilizada como referencia para organizar actividades, marcando las horas de despertar, rezar, trabajar, hasta decidir sobre el uso de los espacios de actividades y monitorear las comunicaciones telefónicas hechas por los internos a sus familiares. Los monitores son los principales agentes de “cuidado” de la CT. (MG 02 - CT Esquadrão da Vida - Francisco Sá)

“ Se informó que no hay en la unidad profesionales contratados (técnicos o de nivel superior) para prestar servicios. En la fecha de la visita, el personal responsable de satisfacer las demandas de los internos contaba con dos trabajadores y cinco auxiliares quienes hacen toda la gestión del espacio/personas. [...] Todos los trabajadores son voluntarios, sin vínculo laboral formal ni remuneración. El mantenimiento de la unidad, como el aseo, el desmalezado, la limpieza general, mantenimiento eléctrico, hidráulico y de pintura es realizado por los internos y/o trabajadores. Se mencionó la visita semanal de un pastor, también psicólogo, que le habla a los internos, pero no realiza “consulta psicológica”. (MG 05 - Peniel - Brumadinho)

“ Los dos obreros no pasaron por el proceso de capacitación para ocupar sus puestos. Fueron elegidos por el director por ser internos “ejemplares” en obediencia a las reglas. Un interno que también es un obrero nos ha informado que una de sus funciones es evitar la formación de “aglomerados” (ruedas de conversación), para evitar

que los internos dialoguen sobre sus tiempos en “actividad” (uso de drogas). No está permitido el consumo de drogas ilícitas, así como alcohol y tabaco. (MG 09 - Terra Santa - Betim)

“

Sin embargo, cabe destacar que la información contenida en esa lista [de los empleados] está en conflicto con la información proporcionada por los usuarios y empleados durante la inspección. En cuanto al médico, de acuerdo con los informes de los usuarios, las consultas se realizan “en grupo” una vez al mes. Ya el psicólogo, según su propio informe, actúa los martes y jueves, de 9h a 16h, pero sólo realiza consultas individuales. Según los usuarios, no hay enfermera profesional, auxiliar de enfermería o nutricionista. La misma contratación de los empleados parece inadecuada. El [nombre eliminado], por ejemplo, informó que trabaja cinco días a la semana, incluso por la noche (24 horas), hace tres años, y no tiene registro formal de trabajo, y la explotación a la que se someten los empleados es clara, sin derechos laborales respetados. Con un descanso de dos días en la semana, dijo que su esposa había pedido la separación debido a esta situación, pero decidió seguir trabajando porque sentía que recibió un “llamado de Dios”. (SP 02 - Recanto Vida Nova - Mairinque)

“

La falta de tratamiento de salud de las personas internadas se observa por la ausencia de un equipo de salud multidisciplinar (contando sólo con un psicólogo voluntario que asiste al lugar una tarde a la semana), contacto irregular y problemático entre la CT y la Raps, haciendo uso sólo de una manera puntual y episódica de la acción de la UBS. (SC 01 - Fazenda da Esperança - Florianópolis).

“

En la visita se evidenció que no había ningún equipo de salud o técnica que actuara en la CT. El director – un estudiante de psicología y pastor – es la única persona que actúa en la comunidad sin que sea un interno en tratamiento. Los mismos internos realizaban funciones o responsabilidades sobre algunas tareas de mantenimiento y organización de la entidad. (RN 01 - Cerena - Nísia Floresta)

En los casos en que hay la presencia de profesionales, eran raros los registros de formación específica en el área de atención a los usuarios de alcohol y otras drogas o salud. La regla fue encontrar condiciones de trabajo precarias. En los casos en los que se citaban cursos de especialización, en general, era una formación rápida. En raras ocasiones, se mencionaron especializaciones a nivel universitario.

“

El equipo está formado en gran parte por “ingresados” que se volvieron “monitores”; ellos mismos se hacen cargo del servicio de mantenimiento de espacio físico. De un equipo especializado solamente se observó la presencia de un psicólogo y un fisioterapeuta. Incluso los terapeutas (así designados por los internos) son personas que han hecho algún curso en la Federación Brasileña de Comunidades Terapéuticas (Febract) y están ahí como voluntarios. No hay empleados registrados. Con respecto al personal profesional, todos actúan como voluntarios (o MEI - Micro Emprendedor Individual) y reciben una remuneración caracterizada como “ayuda de costos”. Por lo tanto, no hay formalización de los vínculos laborales. (GO 01 - Salve a Si - Cidade Ocidental)

“

No se realiza ninguna formación para profesionales que trabajan en la comunidad terapéutica. El director afirma haber participado o haber tomado un curso, sin embargo, no supo especificar qué curso. En otras palabras, la comunidad terapéutica no tiene un profesional calificado y especializado para realizar la atención debida a personas con trastornos derivados del consumo de alcohol y otras drogas, un hecho muy preocupante. (MG 08 - Casa de Resgate Emanuel - Bandeira do Sul)

Finalmente, en más de una CT, los profesionales responsables de la atención eran también nombrados voluntarios, pero sin la formalización de actividades con este perfil.

Esto apunta a un marco de precariedad en los vínculos laborales allí presentes y de incumplimiento a la legislación laboral.

“

No existe un equipo técnico compuesto por profesionales cualificados para realizar un servicio adecuado. Según información del responsable de la comunidad terapéutica en el momento de la visita, trabajarían allí: el propietario, tres coordinadores y una psicóloga. La psicóloga y los coordinadores trabajan voluntariamente, es decir, sin ningún tipo de formalización laboral. El régimen del turno sería permanecer una semana en la comunidad terapéutica, con una semana libre. No reciben ninguna forma de pago por las funciones realizadas. Es decir, no hay respeto por las leyes laborales en la institución. [...]

Sólo hay una psicóloga, graduada en 1985, con registro en el CRP-MG, pero que no ha actuado en el área desde entonces, ni ha tomado ningún curso de actualización o formación específica para asistir a las comunidades terapéuticas. Ella misma es egresa de la unidad, habiendo completado su tratamiento en abril de 2017, desde entonces permaneciendo como voluntaria. De hecho, se observó que la profesional repite con los internos el modelo que se le aplicó en la institución. Su rutina es aplicar, los lunes, el método “FTI – Felicidad Trabajo Interior” –método desarrollado en la unidad– y los 12 Pasos del Programa de Narcóticos Anónimos los miércoles. A veces, la psicóloga realiza algunas dinámicas de grupo y esporádicamente consultas individuales. Las consultas individuales pueden ser requeridas por los internos o por la institución/psicóloga. Pero no hay un proyecto de “seguimiento psicológico” para cada interno. Según los usuarios del servicio, estas consultas individuales consistirían, sobre todo, en un proceso de convencer de que no abandonarían el tratamiento antes de haber terminado y ocurrirían cada vez que algún interno manifestara el deseo de retirarse de la CT. Otro punto considerado problemático en el desempeño de la profesional de psicología es el hecho de vivir con los usuarios. Su día de trabajo es permanecer plenamente en la institución durante los siete días de la semana. La semana siguiente, la psicóloga tendría un día libre. En otras palabras, en un mes de cuatro semanas, en dos, la psicóloga estaría presente en la CT. Ella también informó que llevará a cabo un posgrado en dependencia química en los próximos meses. En la misma entrevista, la psicóloga dijo que nunca había oído hablar de “Raps” y tampoco sabía que los Caps son parte de la red. (MG 03 - Fazenda Vitória - Lagoa Santa)

La institución cuenta con un psicólogo y un trabajador social que trabajan, según el informe, los martes y jueves. Son 16 horas de trabajo para cada profesional por semana.

Los profesionales y el monitor informaron que en este momento actúan voluntariamente, ya que el acuerdo con la Secretaría de Estado de Desarrollo Social (Sedese) y la CT dio de baja el vínculo laboral formal con todos los empleados. (MG 02 - CT Esquadrão da Vida - Francisco Sá)

#### **4.4.2 Indicios de violaciones de los derechos laborales: voluntarios**

Además de la sustitución del trabajo formal y remunerado por lo que se llama la laborterapia, lo que se encontró en la inspección nacional celebrada en octubre de 2017 fue la presencia constante de un trabajo “voluntario” que, sin configurar realmente esta modalidad, encubre las violaciones de los derechos laborales. El trabajo voluntario aparece de dos maneras principales: la contratación de profesionales sin remuneración y la permanencia de egresados que asumen tareas en las comunidades terapéuticas como monitores o trabajadores, sin formalización de esas actividades.

La Consolidación de las Leyes del Trabajo (CLT) define vínculo de empleo como la prestación de servicios a un empleador de manera continua, subordinada y remunerada. El servicio voluntario, no asalariado, y que no genera un registro formal de empleo, se caracteriza, en la Ley nº 13.297/2016, como actividad sin la debida remuneración, proporcionada por la persona física a entidad pública de cualquier tipo o institución privada sin ánimo de lucro que tenga objetivos de asistencia cívica, cultural, educativa, científica, recreativa o personal. Esta ley también exige la celebración de un término de adhesión, que es, en la práctica, una forma de contrato entre la institución y el prestador de servicios voluntario, en el que consigne el objeto y las condiciones del ejercicio profesional.

En 15 de las 28 comunidades inspeccionadas, se mencionó la presencia de voluntarios, que ocupan puestos de monitores y trabajadores, terapeuta, psicólogo, pedagogo y trabajador social.

Las personas que proclaman voluntarios, en la gran mayoría de los casos, trabajan en busca de refugio y alimentos. Las condiciones de este intercambio no están registradas y, en general, la situación voluntaria no está oficializada -hubo pocas comunidades terapéuticas que presentaron algún término de adhesión voluntaria. El caso más extremo, posiblemente, es aquél en donde todo el equipo es voluntario, en la CT Terra Santa, en Minas Gerais. Además, hubo el caso de personas que fueron contratadas y que luego siguieran trabajando en la comunidad sin registro, en flagrante violación a la legislación laboral.

Además de la violación de los derechos laborales, existe –debido a la rara formalización de los voluntarios– un terreno fértil para la práctica de violencia,

tortura y trato cruel, inhumano y degradante, dada la facilidad de sustituir a estos “voluntarios” por otros “voluntarios”, sin que se haga ningún registro formal sobre la actividad realizada, lo que dificulta la verificación de posibles denuncias de violación de derechos.

Las situaciones de permanencia de egresados en condición de voluntarios eran frecuentes. En uno de los lugares visitados, incluso la coordinadora era una egresada de la internación en la CT. También hubo casos en los que durante el período de internación las personas privadas de libertad estaban dando pasos ascendentes en la jerarquía interna. Tales situaciones ratifican la falta de perspectivas, en la medida en que la permanencia en esos lugares es el horizonte posible– y es todo lo que se ofrece.

“ [...] Hubo mujeres internadas que ya habían completado los 12 meses de tratamiento y optaron por brindar su apoyo voluntario a la institución, algunas de ellas procedentes de otros estados. (PA 02 - CT Fazenda Esperança - Abaetuba)

“ En una entrevista con el equipo de inspección, el terapeuta verbalizó que sus actividades son voluntarias, pero que recibe ayuda de costos mensuales y va a la unidad todos los días, hasta los fines de semana, con el fin de caracterizar los lazos de trabajo. Él declaró que su función es dirigir un grupo con adolescentes por la mañana y por la tarde, realizando una obra de espiritualidad y lectura del Evangelio. (MT 01- Recomeço - Cuiabá)

“ Conocemos a un interno que está en la CT desde hace cinco meses y medio, ya terminando el tiempo de tratamiento habitual, que es de seis meses. Este paciente, finalizando el tratamiento, comenzó a ocupar una función de mayor confianza en la institución y está actuando como alguien que está entre los monitores y los internos. La perspectiva, reportada por él mismo, era continuar en la CT como monitor. Es decir, el tratamiento no tendrá fin para él, porque su perspectiva es continuar viviendo en la CT después de completar el período de seis meses. (MG 02 - CT Esquadrão da Vida - Francisco Sá)

“ El coordinador, que es un egresado, hace la clasificación, la revista de los internos, cuando sea necesario, y ayuda en el mantenimiento de las reglas institucionales. Él está contratado y recibe un salario mínimo. También ayuda a todas las partes administrativas de la CT: la entrada y salida de internos; los gastos; el flujo de compras; la gestión de todo el plan terapéutico global; la organización de visitas a los internos; y el monitoreo del cumplimiento de las normas. La CT cuenta actualmente con 12 voluntarios que se turnan en relación con las actividades de organización diaria de la comunidad. (PB 01 - Fazenda do Sol - Campina Grande)

“ La comunidad tiene 13 empleados: tres contratistas, un proveedor de servicios, ocho voluntarios y uno en otra función. Hay una trabajadora social voluntaria. Entre las voluntarias, seis ya fueron internas. (PA 02 - Fazenda Esperança - Abaetuba)

“ Hubo un testimonio de una persona que estaba allí desde hace dos años con la justificación de haberse convertido en un trabajador voluntario de la casa, sin embargo, sin recibir salario y con derecho sólo a una ayuda de costos. (GO 01 - Salve a Si - Cidade Ocidental)

“ Al llegar a la Associação Nova Criatura a las 10 de la mañana, el equipo fue recibido por [nombre eliminado], que se identificó como monitor y responsable del sitio en ese momento. La entrada fue sin ninguna dificultad u obstáculo para llevar a cabo el trabajo que se describirá aquí. El [nombre eliminado] informó que era un ex usuario y egresado de la Associação Nova Criatura y que después de su recuperación se hizo voluntario en el lugar y actualmente conformaba el personal con contrato formal. En el momento de la entrada, no había nadie del equipo técnico y se le pidió su asistencia. (MG 01 - Associação Nova Criatura - Uberlândia)

“ También estaban los coordinadores, egresados, quienes ahora eran remunerados por la actividad desarrollada. El equipo de inspección habló con uno de ellos, que informó haber estado internado durante dos años, tiempo en el cual actuó como monitor. Al final del tratamiento fue invitado a prestar servicios como coordinador. Estuve dos años como empleado de la institución, siendo contratado como prestador de servicios. Él turnaba su función con otro empleado de la clínica, trabajando diez días y estando libre cuatro, durmiendo en la misma clínica en los días de trabajo. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

“ Es bastante simbólico el caso de una de las coordinadoras que es una egresada y ha estado en la comunidad desde hace dos años. En las semanas libres, ella se iba a un apartamento del dueño de la comunidad terapéutica, por no tener otros lazos familiares. Presentó un discurso altamente institucionalizado y representó, de cierta manera, el trabajo realizado por la comunidad terapéutica, es decir, la institucionalización de las mujeres y de no poder hacerlas romper el vínculo con la institución. Es como si no fuese capaz de pensar en un proyecto de vida más allá de la comunidad terapéutica. La misma situación se observa en relación con la psicóloga. En este sentido, también hay dos hombres que viven en la institución desde hace muchos años y que terminan corroborando su rol manicomial y de institucionalización de los sujetos. (MG 03 - Fazenda Vitória - Lagoa Santa)

Los innumerables informes señalan a una tendencia en la que el criterio de contratación pasa por la experiencia de la internación, en un raro discurso en el que la condición de usuario en abstinencia está vinculada al trabajo voluntario, que parece ser una carrera profesional dentro de las comunidades. La práctica demuestra, una vez más, que es un sistema cerrado en sí mismo, con poco esfuerzo para preparar a las personas que pasan por allí para volver a la convivencia social. Al mismo tiempo, el trabajo realizado por egresado reproduce fácilmente la forma de actuar dentro de las comunidades terapéuticas, garantizando la perpetuación del modelo, a bajo costo para quienes los administran.

#### 4.4.3 Presencia médica y caracterización como instituciones médicas o no médicas

De acuerdo con la Resolución N° 2.056/2013, del Consejo Federal de Medicina, si una comunidad terapéutica realiza internación involuntaria y obligatoria, parcial o integral, así como la prescripción de medicamentos, se caracteriza por comunidad de carácter médico. Esta caracterización, según el párrafo 2° del art. 28 de la resolución implica que las CTs “deben proporcionar las mismas condiciones que los demás establecimientos de internación, garantizando la asistencia médica durante todas sus horas de funcionamiento, y la presencia de médicos asistentes y personal completo, de acuerdo con la Ley n° 10.216/2001, las normas vigentes y el Manual de Inspección y Supervisión de la Medicina en Brasil”.

En las comunidades terapéuticas no médicas, no se deben prescribir recetas médicas, y tampoco realizarse internaciones involuntarias y obligatorias debidas a trastornos psiquiátricos, incluida la dependencia química, o patologías que requieren atención médica presencial constante (artículo 29, párrafo 1°).

Se insta a las comunidades caracterizadas como instituciones médicas a ofrecer el mismo conjunto de condiciones requeridas para los establecimientos de internación, en términos de estructura y permanencia de profesionales de medicina en turno, lo que no se encontró en ninguna de las instituciones visitadas. La identificación del uso frecuente de medicamentos, muchos de ellos controlados, también justifica la preocupación por la correcta caracterización de esas instituciones en términos médicos- debate que, sugerimos, necesita ser reanudado por profesionales del área.

Del total de comunidades terapéuticas inspeccionadas, diez informaron que tenían un profesional médico en su equipo profesional. Tres son comunidades que afirman recibir sólo internaciones voluntarias. Sin embargo, en uno de estos casos, la presencia de estos profesionales no fue confirmada por los internos:

“

También es de señalar que, aunque la dirección haya informado que hay un médico y un psiquiatra que asisten a la CT, los internos afirmaron, en varios informes, que nunca fueron asistidos por médicos. (MG 04 - Maanaim - Itamonte)

Teniendo en cuenta las 17 comunidades terapéuticas que reciben internaciones obligatorias o involuntarias y, por lo tanto, necesitan contratar médicos de acuerdo con los requisitos del CFM, diez no informaron de la disponibilidad de un médico contratado. De los siete que afirmaron tener tales profesionales en el equipo técnico, ninguno informó tener una asistencia médica a todas las horas de operación, en claro desacuerdo con la norma. Hubo casos de asistencia semanal e incluso mensual, de acuerdo con los siguientes informes.

“ De acuerdo con la información proporcionada por la administración, el médico asistía a la comunidad terapéutica una vez a la semana, siendo garantizado a los usuarios al menos una asistencia por mes. El médico estaba en la institución por un período alrededor de 3 a 4 horas, mientras evaluaba a unas 15 personas. También de acuerdo con la administración, las prescripciones de los medicamentos fueron hechas por el médico, mientras que la distribución a los pacientes estaba a cargo de la enfermera; en su ausencia, el equipo técnico asumía la responsabilidad. Según los informes de los internos, el médico de la clínica se limitó a preguntar si dormían, y, en caso negativo, prescribía medicamentos para el sueño. Informaron que el médico asistía a la clínica una vez al mes durante 2 horas, asistiendo sólo a los casos recién llegados a la unidad. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

“ Tan pronto llega a la comunidad terapéutica, la persona es medicada, sin haber sido consultada por el médico, que sólo aparece en la unidad una vez al mes. Por lo tanto, hubo informes de internos, incluidos adolescentes, que pasaron casi 30 días tomando medicamentos (como neozine, ampicilil, carbamazepina y diazepam) que los dejaron inactivos hasta que fuesen asistidos por primera vez por el médico. (SP 02 - Recanto Vida Nova - Mairinque)

“ Hubo cierta divergencia con respecto a la presencia y frecuencia del psiquiatra en la comunidad terapéutica. Según la dirección, el psiquiatra es subcontratado y la CT lleva a los “residentes” para ser atendidos en el consultorio privado del profesional, que se encuentra en el municipio de Paulista. Incluso según la Dirección, el psiquiatra está a punto de retirarse y, cuando eso suceda, asistirá directamente en la misma comunidad. Los “residentes” han testificado que casi nunca son evaluados por el psiquiatra. (PE 01 - Novo Tempo - Igarassu)

“ La dirección informó que había 13 empleados en la clínica: diez contratistas, dos prestadores de servicios y un voluntario. El personal está compuesto por: dos médicos (un psiquiatra y un clínico); una enfermera; tres técnicos de enfermería; y un psicólogo. [...] Los médicos no tienen una frecuencia diaria en la CT. En el momento de la visita de inspección, sólo había una enfermera, monitores y consejeros, además del administrador que también es psicólogo. (PB 02 - Clínica Ama - Conde)

“ En cuanto a los otros profesionales, se reportó la asistencia de un médico que visita a la institución una vez a la semana, pero no se encontró documentación que probara su afiliación profesional. No hay registros de seguimiento periódico del profesional en los expedientes, sólo consultas puntuales. También se encontraron expedientes médicos sin las evoluciones necesarias y con la reproducción de la receta sin firma y sello profesional. (MT 02 - Solares - Chapada dos Guimarães)

Todas y cada una de estas situaciones hacen evidente, por lo tanto, que las comunidades terapéuticas de carácter médico no tienen las condiciones de proporcionar los servicios a los que estarían obligadas, de conformidad con la legislación vigente.

#### 4.4.4 Administración de medicamentos

De acuerdo con la Resolución RDC n° 29/2011 de Anvisa, corresponde al responsable técnico de la institución, que debe ser profesional de alto nivel legalmente calificado, la responsabilidad de los medicamentos en uso por los residentes, quedando prohibido el stock de medicamentos sin receta (RDC n° 29/2011, art. 17). Durante las inspecciones, hubo situaciones de almacenamiento precario de medicamentos, expediente sin prescripción médica, recetas y medicamentos caducados, que, por sí mismo, también se caracteriza como una infracción a la norma sanitaria. Además, quedó evidente la responsabilización de los monitores y los trabajadores -algunos de ellos internos más antiguos o egresados- por el cuidado de los medicamentos, situación ratificada por los informes reproducidos a continuación:

“ Los medicamentos están en un armario cerrado con cerradura y candado, bajo la responsabilidad del monitor. Hay cajas con nombres de los pacientes y sus respectivos medicamentos y recetas. Sin embargo, encontramos muchas recetas y medicamentos caducados y medicamentos sin receta médica. La articulación con el Equipo de Salud de la Familia es precaria y con los servicios de mediana complejidad, como Caps de Montes Claros, siquiera existen. (MG 02 - CT Esquadrão da Vida - Francisco Sá)

“ Los medicamentos se almacenan por separado en envases de plástico o en bolsas de plástico, identificados con los nombres de las usuarias, y sobre sus respectivas recetas médicas. Se encontraron algunos medicamentos caducados. No hay sala de medicación y los medicamentos están en la habitación de la coordinación. (MG 03 - Fazenda Vitória - Lagoa Santa)

“ La comunidad terapéutica sólo garantizaría la medicación de aquellos internos que ya hacen uso de medicamentos prescritos por los médicos. En este sentido, en la sala de la psicóloga, dentro de un mueble, está la medicación de esos internos que hacen uso continuo. El medicamento lo distribuye el Pastor (director) o los monitores. Ellos hacen el control de las entregas en un cuaderno que permanece dentro de la sala. Por el momento, sólo tres internos estarían usando medicamentos. Sin embargo, llamó la atención que hay recetas con prescripciones de seis meses de remedios controlados. También hay informes de que el control sobre estos medicamentos sería “defectuoso” y que habría casos de “comercialización” de los medicamentos dentro de la CT. (MG 08 - Casa de Resgate Emanuel - Bandeira do Sul)

“ Los medicamentos prescritos son almacenados y dispensados por la dirección, el coordinador, el terapeuta o los monitores (también internos, siendo uno de ellos, adolescente), antes del desayuno y después de la cena. No hay enfermeras o farmacéuticos profesionales destinados a cuidar de la dosis de medicamento prescrita. (SP 02 - Recanto Vida Nova - Mairinque)

En el siguiente caso, el propio interno guardaba la medicación y la administraba sin atención a cualquier prescripción.

“

La directora subrayó que actualmente cuenta con dos internos que hacen uso de medicación controlada: uno toma fenobarbital, debido a convulsiones, y otro tiene un diagnóstico de esquizofrenia y la familia no tiene interés en cuidarla. Los internos, en la entrevista inicial, también afirmaron que la misionera es la persona que distribuye la medicación. Sin embargo, encontramos medicamentos en las habitaciones de los internos. Uno de los internos mantenía su propia medicación y reveló que la tomaba cada vez que sentía la necesidad, es decir, no cumplía con la prescripción médica. En cuanto a los medicamentos inyectables, una de las internas afirmó ser enfermera, con registro en el Consejo Regional de Enfermería, y que a veces, cuando es necesario, realiza el procedimiento para aplicar el medicamento. Seguidamente, dijo que reconocía que esa no era su atribución en la comunidad. (RN 02 - Dorcas - São José de Mipibu)

En esta sección, se trató sobre medicamentos en forma general, especialmente los que se administran por vía oral. Los medicamentos inyectables y los que son utilizados para la contención química, incluso en situaciones de rescate, serán tratados como un ítem específico sobre contención.

#### **4.4.5 Indicios de violaciones éticas en el trabajo de psicólogas y psicólogos**

Hay profesionales en psicología en 22 de las 28 comunidades terapéuticas inspeccionadas, tanto contratados como voluntarios.

En relación con el trabajo de las psicólogas y los psicólogos, la regulación profesional, a través del Código de Ética, establece parámetros de las condiciones de trabajo para la prestación de servicios psicológicos de calidad. Se prohíbe a los profesionales del área, al ejercer sus funciones, la connivencia con actos de negligencia, discriminación, explotación, violencia, crueldad u opresión; así como la inducción de convicciones (políticas, filosóficas, morales, ideológicas, religiosas, de orientación sexual o que generen cualquier tipo de prejuicio). Corresponde a los profesionales del área identificar indicios de este tipo de infracción con el fin de construir alternativas y soluciones.

“

En el equipo profesional, cuentan con una psicóloga y una trabajadora social, con vínculo de prestaciones de servicios, recibiendo por recibo de pago autónomo (RPA) y presente en el establecimiento durante dos días de la semana. En el momento de la visita, sólo la psicóloga se encontraba trabajando. La profesional entrevistada no informó contar con formación especializada para tratar con la dependencia química, por lo que parece que su actividad está relacionada principalmente con favorecer la adhesión de los internos a los principios de tratamiento establecidos en la institución. (RJ 02 – Ebenézer - Seropédica)

“

Evidente es la imposibilidad de dar la misma importancia a las religiones y sus prácticas, lo que revela que es especialmente la inserción de comportamientos institucionales en los que prevalecen las orientaciones bíblicas. También es importante destacar que se

verificó en los expedientes que había actividades del método de 12 pasos como desarrolladas por el profesional de psicología y firmadas por él. (PB 02 - AMA - Conde)

Se encontró evidencia de ejercicio ilegal de la profesión por una estudiante de psicología sin contrato formal de pasantía, que realiza consultas grupales e individuales en una comunidad terapéutica de Minas Gerais.

“ Según el programa terapéutico, la institución “aboga por los valores morales y espirituales, dentro de una filosofía de tratamiento que dirige al adicto químico a la rehabilitación social, familiar, profesional y cultural”. Sin embargo, las estrategias de tratamiento para tales fines no se observaron ni informaron en entrevistas. En este sentido, la “psicoterapia grupal” no está prevista en la planificación, como se describe en el programa terapéutico de la institución. Las consultas grupales e individuales son realizadas por un estudiante de psicología (10º semestre - UFSJ), sin contrato formal de pasantía, y que puede responder por el ejercicio ilegal de la profesión de psicólogo. (MG 07 – Renascer - São João del Rei)

En los casos en que había salas para la atención psicológica, las condiciones de aislamiento, privacidad y la posibilidad de secreto fueron cuestionadas por los equipos de inspección:

“ Allí encontramos los consultorios de psicología y enfermería, una al lado del otro, con identificación en las puertas, pero sin condiciones de uso que tenga en cuenta el secreto profesional. La sala de atención psicológica no tiene llave, y la única ventana está volcada al pasillo. [...] En todos los consultorios, incluyendo al de psicología, se encontraron camillas y biblias. (MG 04 - Maanaim/Casarão - Itamonte)

Por último, en las diversas situaciones de psicólogos y psicólogos que actúan como voluntarios, ya descritas a lo largo de este informe, es evidente la fragilidad del argumento de que las comunidades terapéuticas han estado ofreciendo oportunidades de trabajo en el área y han demostrado la precariedad de estos puestos de trabajo, la tendencia al subempleo y la falta de cumplimiento a las normas de la profesión.

## 4.5 Vida cotidiana y Prácticas de Uso de la Fuerza

### 4.5.1 Vida cotidiana: rutina rígida

Las CTs inspeccionadas siguen una rutina rígida, que no tiene en cuenta las características, las necesidades o las trayectorias individuales, siendo otra demostración de la incapacidad de estos espacios para producir proyectos singulares de atención. El análisis de las rutinas refuerza la información de que la llamada laborterapia se limita a las prácticas de aseo y mantenimiento de

los lugares de internación, entre otras actividades. También evidencia prácticas religiosas frecuentes y, en general, de asistencia obligatoria. También señala los vínculos entre las raras actividades del ocio y el proselitismo, cuando los programas autorizados son de carácter religioso, por lo tanto, irrespetando las libertades religiosas de los internos.

“

En cuanto a la vida cotidiana de la institución, según los internos entrevistados, ellos se despiertan a las 6 de la mañana todos los días y a las 6:20 a.m. rezan el Rosario. A las siete, se tiene inicio la liturgia. A las 6 h de la tarde, vuelven a rezar. Los miércoles, las misas tienen lugar en la capilla de la misma institución. Las celebraciones están abiertas al público, sin embargo, las personas internadas no se mezclan con las que vienen de afuera, están en espacios específicos separados de los demás. (PB 01 - Fazenda do Sol - Campina Grande)

Las actividades de ocio están, por cierto, poco presentes en las rutinas. Curiosamente, en estos casos, los castigos por incumplimiento a las normas terminan suspendiendo las pocas actividades en ese campo.

“

En caso de incumplimiento de la rutina o la disciplina, se ha informado de que se realiza la “suspensión” del ocio. A medida que se presentaban actividades de ocio, se presentaban partidos de fútbol, exhibición de películas bíblicas y momentos para la lectura de libros y textos bíblicos. Cada situación es evaluada por el trabajador [...], y sólo él puede aplicar la suspensión por falta de disciplina. En las otras entrevistas realizadas con los internos, se registró el uso de este procedimiento, a excepción de una entrevista en la que se informó el aumento de la terapia laboral como castigo. Todos los inspeccionados informan que conocen y están de acuerdo con la “disciplina” del centro, en el caso de la suspensión para ver una película o jugar al fútbol en los momentos en que esto está autorizado. (MG 05 - Peniel - Brumadinho)

“

Después del descanso para la merienda, de las 16h a 16h30, tienen otra media hora de “estudio” u “oración” u “ocio” (los jueves y sábados) y el domingo “visita o película”. Para actividades de ocio, la comunidad terapéutica cuenta con una sala de juegos y un gimnasio en malas condiciones. La actividad nombrada “película”, como informaron los entrevistados, sería sólo una “predicación en DVD”. La CT también tiene una cancha de fútbol y el arroyo, donde los internos son bautizados, y puede bañarse. (MG 07 - Renascer - São João del Rei)

“

Según los informes, la rutina de la unidad consiste en proporcionar momentos de reuniones ecuménicas, terapia de grupo, reuniones individuales con el psicólogo, la realización de trabajos durante un período de 2 horas y media diaria. Sin embargo, lo que se observó es que muchos trabajaban más allá de ese tiempo. Por la tarde se “ofrecen momentos de ocio”. Los internos tienen la posibilidad de ver la televisión, pero sólo los noticieros. Por la noche, se realiza una nueva reunión (entienda como un momento religioso). Los fines de semana, el televisor tiene programación libre y pueden utilizar la piscina.

“

Entre las actividades de ocio mencionadas, se incluyen fútbol y ping pong. (GO 01 - Salve a Si - Cidade Ocidental)



Hubo divergencia en relación con la rutina explicada oficialmente por el director y los agentes de la institución y la reportada por los internos. Según las personas bajo tratamiento, que informaron más tiempo de actividad laboral en detrimento de los grupos terapéuticos, y reducción del tiempo de las actividades de ocio. (RO 02 - Porto da Esperança - Candeias do Jamari)

#### 4.5.2 Sanciones e indicios de tortura

Aunque no haya lugar en este ítem específico para un análisis desglosado de las metodologías aplicadas en cada comunidad terapéutica (para ello, véase “Perfil general de las propuestas de tratamiento”), le recordamos que es el objetivo de este informe identificar situaciones y prácticas abusivas y violación de derechos. En este tema, se explorará el uso de sanciones dentro de las CTs. Utilizada bajo supuesto propósito pedagógico o terapéutico (que es discutible, como se verá), dicha práctica se traduce en actos de violencia o reafirmación de autoridad y poder, lo que poco o nada agrega de beneficio para las personas internadas, además de indicar delitos de tortura y malos tratos.

Es importante destacar que Brasil es signatario de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, promulgada en 1991 y ratificada en 2007.

El Código Penal Brasileño Art. 1º - Constituye un delito de tortura:

I -Restringir a alguien por medio de violencia o amenaza grave, causándole sufrimiento físico o mental:

- a) Con el fin de obtener información, declaración o confesión de la víctima o tercera persona;
- b) Para promover acción u omisión de carácter penal;
- c) Por motivos de discriminación racial o religiosa;

II -Someter a alguien que esté bajo su custodia, poder o autoridad, por medio de violencia o amenaza grave, a sufrimiento físico o mental intenso, como modo de aplicar castigo personal o medidas preventivas.

También cabe mencionar la experiencia del Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT), establecido por la Ley nº 12.847, de 2 de agosto de 2013, y una parte que integra la Inspección Nacional, incluida su coordinación. El Mecanismo adopta, además de los conceptos antes mencionados, la perspectiva ampliada en la definición de tortura prevista en el art. 2º de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, con el fin de abarcar la peculiar vulnerabilidad de las personas en esas instituciones. Objetivamente, se consideran acciones de tortura u omisiones de funcionarios públicos o personas en el ejercicio de funciones públicas, la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a (i) anular la personalidad de la víctima o (ii) a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica.

A lo largo de las inspecciones en las comunidades terapéuticas, fue posible identificar diversas prácticas abusivas, como la contención mecánica o química de los internos. Aunque tienen normas de aplicación muy estrictas en situaciones muy específicas de atención de la salud (véanse los ítems específicos), la Inspección Nacional verificó que esas prácticas se han utilizado sistemáticamente en desacuerdo con la normativa vigente. Al no cumplir con los requisitos reglamentarios (véase el ítem “4.5.4 Contención de Personas”), estos mecanismos pueden caracterizarse un delito de tortura y malos tratos. Otras estrategias utilizadas como sanción en las CTs también se pueden entender de esta manera, como el aislamiento durante largos períodos, la privación del sueño (véase el ítem “d. Castigo por agresión física”) y la supresión de alimentos (véase el ítem “b. Castigo a través de restricciones”).

En 16 de los sitios inspeccionados -por lo tanto, en más de la mitad- se identificaron situaciones de sanciones y castigos, con prácticas que varían entre la ejecución obligatoria de tareas repetitivas, el aumento de la laborterapia, la pérdida de comidas y el uso de la violencia física. En los casos más graves, hay informes notables que denotan casos de arbitrio de parte del equipo de la CT, al hacer uso de sanciones para imponer el poder sobre las personas privadas de libertad. Por lo tanto, hay fuertes indicios de falta de respeto a los derechos y prácticas individuales que pueden entenderse como tortura.

Los problemas se agravan cuando las normas de convivencia de la comunidad terapéutica no están claras y no se han establecido previamente con las personas privadas de libertad, así como en casos de sanciones desproporcionadas, que pueden convertirse en prácticas de violencia física o psicológica. También hay que señalar que las sanciones pueden ocurrir incluso por razones banales. En varias ocasiones, se mencionó como motivo de castigo el deseo de no participar en el culto o en el evento religioso, lo que refuerza la centralidad de la religión en la vida cotidiana de la CT.

Se informó de la existencia de normas de convivencia en 22 de las comunidades terapéuticas visitadas. Sin embargo, las normas no siempre fueron explícitas y, de la misma manera, las sanciones no siempre se presentaron previamente. Además, hubo varios casos en los que las personas admitidas no tenían un conocimiento completo de las normas.

A continuación, buscamos sintetizar los castigos encontrados, organizándolos de acuerdo con diferentes perfiles, incluyendo castigos por medio del trabajo; a través de restricciones; mediante aislamiento o confinamiento; y a través de la agresión física.

#### a. Castigos por medio del trabajo

Las sanciones más comunes encontradas en las inspecciones fueron las de aumentar la carga de trabajo o realizar tareas adicionales y humillantes. Las primeras se refieren al aumento de tareas relacionadas con el mantenimiento del espacio físico o las tareas diarias. El segundo tipo frecuente de sanción se refiere al cumplimiento obligatorio de tareas repetitivas, en particular la práctica de copiar pasajes bíblicos, de acuerdo con los siguientes informes:

“ Las sanciones más comunes son lavar los platos o limpiar las ollas durante una semana, demostrando un fuerte sesgo de género. Otra sanción bastante común es obligar a las mujeres a copiar a menudo el salmo 119 de la Biblia. Cuando nos preguntamos por qué este salmo en particular, la respuesta que la psicóloga y la responsable de la CT dieron fue que el Salmo 119 era el más grande de la Biblia y por lo tanto daba más trabajo. Incluso admitieron que, cuando ellas mismas fueron internas, ya habían copiado mucho este salmo. Una de ellas incluso bromeó, diciendo que tenía un trauma, pues cierta vez su mano quedó dolida por escribir tanto. Este punto demuestra cómo sólo reproducen el tratamiento que recibieron como internas sin ninguna reflexión sobre el tema. (MG 03 - Fazenda Vitória - Lagoa Santa)

“ Aunque la institución informa que no hay predicción de castigos, los llamados “momentos de crecimiento” o “turnos” son claras formas de castigo por incumplimiento de normas o insubordinación. En estos momentos, el interno se hace responsable de una mayor cantidad de trabajo, y se le pueden asignar para realizar todo el aseo de la casa solo o fregar todos los platos durante un período. En el caso de infracciones más graves, se aplica el llamado “desclasamiento”, en este castigo el interno desciende de clase o nivel, pudiendo asignársele a servicios más agotadores, o tener que esperar para tomarse por último la comida, etc. En caso extremo, el castigo puede ser la expulsión de la comunidad. (RO 02 - Porto da Esperança - Candeias do Jamari)

“ En la unidad para hombres (Bananeiras), varios internos informaron que, en el espacio llamado “Casa Grande”, la disciplina es aún más rígida, siendo aplicados castigos como fregar ollas y retirar el colchón del interno que, por ejemplo, se niega a asistir a los cultos. MG 04 - Maanaim - Itamonte)

El uso del trabajo como castigo demuestra una vez más la forma distorsionada en que se emplea el término laborterapia. En situaciones de castigo, lo que se llamó “aumento de la laborterapia” se refiere, literalmente, al aumento de la carga de trabajo.

Aquí se muestra una vez más que los derechos de las personas con trastornos mentales a ser protegidas contra el abuso y la explotación (Ley n° 10.216/2001, párrafo único, inciso III) son violados visiblemente por las prácticas naturalizadas al interior de las comunidades terapéuticas.

## b. Castigos a través de restricciones

También existen prácticas de sanción que implican restricciones, demostrando la permanencia de una lógica basada en la disciplina y no en la atención de la salud.

“ En la Casa Grande, un paciente psiquiátrico, de 62 años, confirmó que había sido castigado con la retirada del colchón- lo que le obligó a acostarse en el lecho de mampostería- porque no siempre logró asistir a los cultos porque se sentía muy aletargado, debido al uso de medicamentos. [...] En la unidad para adolescentes y Casa para Mujeres, se estableció la práctica de reclusión en la habitación. Dependiendo del grado de la transgresión disciplinaria, el adolescente, o la joven internada, permanece dentro de la habitación durante una semana, sólo en compañía de la Biblia. No está en completo aislamiento porque la habitación es colectiva y por lo general aloja a otros(as) colegas, que siguen utilizando la habitación regularmente. Consigna en las reglas escritas el aislamiento/reclusión en la habitación los fines de semana. (MG 04 - Maanaim - Itamonte)

“ Otro deber de los internos es el trabajo y el cumplimiento de los horarios, así como la abstinencia total, incluido el consumo de tabaco. El incumplimiento de obligaciones y deberes determina la llamada disciplina que consiste en la retirada de algo que le guste al transgresor, como participar en un juego o ver una película. Esto será evaluado por el director y, en caso de recurrencia, podrá determinar la expulsión de la CT. (RN 01 - Cerena - Nísia Floresta)

“ La rutina de la unidad, incluyendo los eventos atípicos, los castigos y el incumplimiento a las normas del reglamento, se registra en un libro de ocurrencia por los técnicos y monitores. Las sanciones se aplican en el momento del incumplimiento de las normas. Entre los castigos están fregar la loza y no ver la televisión. (PA 01 - Embrião - Castanhal)

Otra forma de castigo encontrada fue la supresión de las comidas. En un contexto en el que las comidas ya están en poca cantidad y de dudosa calidad -como se identifica en las inspecciones-, la limitación de alimentación se vuelve una medida aún más severa.

“ La directora aclaró que, si un interno no sigue las normas impuestas, sufrirá alguna sanción, a depender del caso, del comportamiento del interno y de la evaluación hecha por ella misma. La misionera y los internos niegan el aislamiento. Sin embargo, afirman que además de la expulsión, en los casos más graves, pueden estar sin alimentarse. En otras palabras, como una forma de castigo y un método de aprendizaje, pueden tener una comida confiscada o incluso un día completo sin comer. Este castigo incluso se puede utilizar en mujeres embarazadas y personas con diabetes. Uno de los internos comentó con el equipo de inspección que las comidas ofrecidas son insuficientes. Según él, el almuerzo sería el único que realmente le saciaría el apetito, siendo las otras comidas sólo cuscús o sopa, lo que hace que la “medida disciplinaria” sea aún más grave. (RN 02 - Dorcas - S. José Mibipu)

Durante la visita a esta misma comunidad terapéutica, un pasante se acercó al equipo de inspección informándoles que estaban siendo sometidos a abusos debido a que él no podía realizar esfuerzo físico, en razón de una hernia a la que presentó el informe médico. El monitor, que acompañaba la interacción, comunicó inmediatamente al interno la disolución de su vínculo con la CT.

Entre los derechos de las personas con trastornos mentales, se encuentran el derecho a ser tratada con humanidad y respeto, y con exclusiva finalidad de beneficiar su salud (Ley n° 10.216/2001, párrafo único, inciso II), evidentemente violados en las situaciones mencionadas.

### c. Castigo por aislamiento o reclusión

En diez comunidades terapéuticas, el uso de aislamiento físico o encierro dentro de la misma institución fue reportado como una forma de “tratamiento” o castigo por una desviación de conducta. Es decir, la persona no sólo se mantiene alejada de su comunidad y familia, ya que permanece “reclusa” en habitaciones o cubículos dentro de la misma CT, separadas de los otros internos. Cuatro CTs reportaron tener habitaciones específicas para aislamiento -en general una habitación sin muebles o estructura sanitaria, donde el interno duerme en el suelo. No hay informes sobre el protocolo acerca del uso del aislamiento, que se pueden utilizar incluso como una forma de castigo.

“ Aún de este lado, hay una casa para el aislamiento, denominada por los internos como “guardado”, hacia donde son llevados y no pueden salir, siendo referida como castigo.  
[...] Los internos, independientemente del diagnóstico, parecen estar sujetos a sanciones en casos de desobediencia a las órdenes de los “monitores”, quejas contra las normas, tratativas de comunicarse con personas externas, agresividad, etc. En estos casos, pueden ser contenidos físicamente por el personal de “seguridad”, recibir contención química a través de inyecciones, confiscar el dispositivo móvil y ser limitados en un área llamada “guardado”. También se informó por dos internos de la omisión de los “monitores/seguridad” en contener algunas peleas entre los internos. (RJ 01 - Crisameta - Nova Iguaçu)

“ Observamos una habitación con una ventana y una puerta con rejillas, en un contraste significativo con las demás, que estaban sin rejillas. Preguntado sobre la razón de las rejillas, se informó que era una habitación destinada a internos que tienen esquizofrenia o que ofrecen resistencia al tratamiento y tratan de huirse. (PB 02 - AMA - Conde)

#### d. Castigo por agresión física

Se reportó el uso de violencia física principalmente en casos de intentos de fugas, siendo practicado, por ejemplo, por medio de puñetazos en los ojos y constricción de cuello, a lo que los internos llaman “mata león”.

“ No se verificó la presencia de un arma, un spray de pimienta u otros medios similares. Sin embargo, hay guardias de seguridad en lugares estratégicos y se ha dicho que a menudo se aplican golpes con el uso de la fuerza, conocidos como “mata león”, para la contención de los internos o la aplicación de castigo. Algunas peleas entre internos no son apartadas por los guardias de seguridad, lo que puede provocar lesiones más graves. Esta actitud de parte del personal de seguridad es vista como una forma de castigo para los internos. (RJ 01 - Crisameta - Nova Iguaçu)

“ Además, otra forma de castigo reportada como corriente fue la violencia física, común en los casos de intentos de fuga, con frecuentes puñetazos en los ojos, desmayo y “mata león”. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

“ En caso de incumplimiento de las actividades o intento de abandonar la institución, se aplican sanciones disciplinarias nombrada por los terapeutas como “medidas educativas”. Los internos informaron que los terapeutas utilizan la violencia física para aplicar “medidas educativas” (sic), además de anunciar que había bastones en la institución. El equipo de inspección no pudo localizar estos instrumentos ni ninguna otra herramienta de contención o agresión. (MT 02 - Solares - Chapada dos Guimarães)

En los siguientes casos, se recogen a prácticas de violencia física, castigo y contención química.

“ Cuando el equipo de inspección llegó a la institución por la mañana, había un interno cumpliendo un castigo de inmovilidad en un banco cerca de la piscina, siendo monitoreado por otro interno. El interno sometido a castigo presentaba efectos de uso abusivo de medicamentos psiquiátricos, letargo excesivo, disminución de la atención y concentración, sequedad de boca y garganta, disminución de la coordinación muscular, náuseas y respiración corta/suprimida. Esto fue informado a la institución y al equipo de enfermería, pero no se realizó ninguna intervención. Al regreso de la inspección después del almuerzo, los internos informaron que su condición había empeorado y tuvieron que llevarlo al hospital. Cuestionados, los terapeutas dijeron que el interno estaba descansando en su habitación, pero al ser cuestionados de su expediente, el equipo de la institución dijo que “tuvo una emergencia y se lo llevaron al hospital”.  
[...] Las normas de la CT deben ser cumplidas por todos y, en caso de incumplimiento, se castiga a los internos. Se ha informado por los internos que por lo general el castigo consiste en sentarse en un taburete de tres a quince días ininterrumpidos (parándose únicamente

por necesidades fisiológicas, cuando se le autoriza ir al baño), además de ser llevado a menudo a la oficina y “tomar puñetazos” (sic). En algunas situaciones, están contenidos con cuerdas (restricción mecánica) por terapeutas durante tres días consecutivos. Uno de los usuarios informó que la unidad tiene un palo para el castigo, pero este no fue encontrado por el equipo de inspección. También se informó que la práctica de la contención química es común, cuando los internos ingresan a la institución y/o luchan entre sí y desobedecen a los monitores y terapeutas.

[...] Como castigo, las personas que intentan huir están obligadas a permanecer en el “taburete” durante 12 horas al día. Este taburete se encuentra en los lugares donde está el personal de turno, que se encargan de la seguridad de las personas admitidas. El día antes de la inspección, una persona trató de huir, pero inmediatamente fue obstruida en su intento. Según los informes, esta persona fue atrapada y medicada. (MT 02 - Solares - Chapada dos Guimarães)

“

También hubo informes de que una de las formas de sanción sería la privación del sueño. Después de encontrar al transgresor y administrarle el “danoninho”, el interno se vio obligado a sentarse en una silla bajo la vigilancia constante de un monitor, que lo despertaba cada vez que estaba a punto de dormirse. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

Estas sanciones están violando flagrantemente el art. 2, párrafo único, inciso II, de la Ley nº 10.216/2001, según la cual la persona con trastorno mental debe ser tratada con humanidad y respeto, y con exclusiva finalidad de beneficiar su salud. Tal práctica afrenta, aún, el art. 20, párrafo IV, de la Resolución RDC nº 29/2011 de Anvisa, que prohíbe la aplicación de castigos físicos, psicológicos o morales a los internos en instituciones que presten servicios de atención a personas con trastornos derivados del uso, abuso o adicción de sustancias psicoactivas.

En la sección “4.5.4 Contención de personas” se presentarán otros informes de contención química, incluso debido a sanción.

### 4.5.3 Rescate

Nueve de las comunidades terapéuticas inspeccionadas admiten la práctica de “rescate” o “remoción”, que consiste en el internamiento forzoso realizado a través de un equipo que va a la residencia de la persona y la inmoviliza, haciendo uso de violencia física y de contención química. El “rescate” puede ser contratado junto a la CT como un servicio adicional, por un pariente de la persona a ser admitida.

Siete de las CT informaron que el rescate fue realizado por un equipo interno, generalmente compuesto por el personal de seguridad, monitores y/o internos “fiables”. También hubo casos en los que se subcontratarían empresas (como JTM Remociones, mencionada en PB 02-Clínica Ama-Conde) que realizan el “servicio”. En la comunidad terapéutica Recomeço, de Cuiabá, el director

informó que el rescate era realizado por una empresa externa, pero la inspección recibió información de que un miembro del equipo sería “técnico en rescate”. Los informes incluyen violencia física, contención mecánica y química durante el “rescate”.

“ Según los internos conducidos de esta manera, es el personal de “seguridad” que hace el servicio, por lo general a petición de la familia. Se contienen físicamente y luego químicamente a través de inyecciones. Un interno, de 27 años, dijo que tenía las manos atadas por los guardias de seguridad que fueron a su casa, llamados por su madre y se presentaron como policías. Le ataron las manos. (RJ 01 - Crisameta - Nova Iguaçu)

“ La forma en que se lleva a cabo el rescate siempre se lleva a cabo de una manera muy violenta. Según esto, varias personas fueron atrapadas con un palo en el momento del rescate y fueron demasiado medicadas, y luego llevadas atadas a la institución. Un interno informó que su rescate ocurrió mientras él dormía y fue abordado con varias patadas en su costilla. No hay protocolos internos para este procedimiento. Según informes de la institución y de los internos, el importe medio cobrado por realizar este procedimiento, en la comarca de la baixada cuiabana, es de R\$ 700,00. El precio aumenta si el rescate se lleva a cabo en los municipios del interior. La ocurrencia de una muerte fue reportada por los internos y el equipo de la institución, el día antes de la inspección, de un “rescatado” de Tangará da Serra, en el que aplicaron una inyección sin seguimiento médico. (MT 02 - Solares - Chapada dos Guimarães)

“ Muchos internos se quejaron de la forma en que se lo llevaron a la CT. Según ellos, casi todos sufrieron el procedimiento llamado de modo corriente de “remoción” o “rescate”, que es la conducción coercitiva para tratamiento. De acuerdo con lo que se nos ha informado, el paciente que no acepta la internación es inmovilizado por tres o más personas, generalmente recibiendo una constricción del cuello (el llamado “gogó” o “mata león”). Uno de los internos informó que venía con las manos atadas con cintas y, al rebelarse con la situación, fue medicado por la fuerza y se “desconectó” [con la pérdida de conciencia]. No hay médico o enfermero para el seguimiento durante las acciones. [...] “El rescate se ha convertido en un *llama pizza*. Sólo llámalos y se irán. Vienen a la casa de la persona, a veces en la madrugada, cuando están dormidos, dan un “mata león”, y los llevan al coche entre tres personas. Al llegar a la comunidad, son tres días en la clasificación bajo medicación, dada sin orientación del médico, ya que no necesariamente habrá un médico de guardia. Los medicamentos de uso convencional son: amplictil, diazepam, clonazepam, etc. que, aunque se controlan, se utilizan sin seguimiento médico. (SP 02 - Recanto Vida Nova - Mairinque)

Ninguna de las CTs presentó un protocolo de rescate. Cada equipo actúa a su propia discreción. Uno de los enfermeros, que forma parte del equipo de rescate, dijo que su función específica era administrar el cóctel de drogas para llevar a cabo la contención química (intervención para la cual ninguna CT presentó un protocolo, como se describe en la sección “Contener personas”).

“

El enfermero de la unidad informó que ya había participado en rescates, acordados con las familias, y que había dos guardias de seguridad juntos. Informó del uso de inmovilización y medicamentos, afirmando que habría una receta, aunque la persona a ser admitida no había sido evaluada por el médico. Algunos internos reportaron quedarse dormidos durante el rescate y despertarse en la clínica, sin saber dónde estaban. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

Por último, cabe señalar que, al no respetar los requisitos legales para la internación involuntaria (dictamen médico fruto de una evaluación previa), las situaciones de rescate identificadas en la inspección también muestran una indicación de ilegalidad que incluso podría calificarse un delito de secuestro y privación de libertad calificada, según el artículo 148 del Código Penal.<sup>16</sup> También hay indicios de malos tratos y torturas, en casos de contención mecánica o química, como se menciona en la sección “4.5.2 Sanciones e indicios de tortura”.

#### 4.5.4 Contención de personas

Aunque 12 CTs admiten realizar algún tipo de contención, ninguno de ellos informó tener protocolos para realizar el procedimiento, tanto de contención física como mecánica o química. Desde el punto de vista médico, existen circunstancias que justifican el uso de la contención. Sin embargo, existen normas para garantizar que esta acción sea el último recurso y que no se produzca de forma excesivamente violenta o abusiva, a fin de caracterizarse una práctica de abuso y/o tortura. De ahí el cuestionamiento frente a la falta de protocolos por parte de las comunidades terapéuticas. Es evidente que, aunque las CTs declaren que no prestan atención clínica o médica, hay innumerables casos en los que se adoptan prácticas médicas, sin que se tenga en cuenta el aparato de regulación del área.

En algunos de los lugares visitados, las personas internadas informaron que, en el período inicial de internación, pasaron días “dopadas”, en muchos casos durmiendo durante largos períodos de tiempo en situaciones que indican la ocurrencia de medicación con la intención de promover la contención química. Los dirigentes de las CTs declararon que la contención se adoptaba “cuando era necesario”, como en los casos de brote, crisis de abstinencia, pero también como una forma de castigo, en general, por conducta violenta, o por intento de fuga –otro indicativo de la discreción de parte de los equipos internos.

El uso de formas de contención puede ser necesario en el curso de los tratamientos de salud, pero es un instrumento regulado, y debe respetar tanto la Ley de Reforma Psiquiátrica como

---

16 Según el Código Penal, art. 148 - Privar a alguien de su libertad mediante secuestro o privación de libertad: (Véase la Ley n° 10.446/2002). II - si el delito se practica mediante la internación de la víctima en una clínica de salud u hospital; III - si la privación de libertad dura más de quince días. IV - Si el delito se practica contra persona menor de 18 (dieciocho) años (Incluido por la Ley n° 11.106/2005).

las normas que tienen por objeto prevenir las prácticas de tortura, así como las normas de los consejos profesionales, como el Código de Ética Médica, las Resoluciones y los Dictámenes del Consejo Federal de Medicina y las Ordenanzas del Ministerio de Salud<sup>17</sup> que regulan los Centros de Atención Psicosocial (Caps), así como las normas del Consejo Federal de Enfermería.

Según todas estas normas, el uso correccional de las formas de contención es irregular, constituyendo un delito de tortura y malos tratos (véase más en la sección “4.5.2 Sanciones e indicios de tortura”).

Al igual que con la falta de respeto a los protocolos, también hay falta de preparación técnica en los casos de contención. Las reglas del Consejo Federal de Medicina separan la contención en tres categorías: “contención física”, realizada directamente por un equipo de individuos que inmoviliza a la persona en el suelo, sin el uso de equipo; “contención mecánica”, utilizando equipos tales como camillas plegables, bandas de restricción y otros instrumentos; y “contención química”, utilizando uno o más medicamentos psiquiátricos, con el fin de prevenir o restringir los movimientos de la persona. Es bueno recordar que, de acuerdo con estas normas, el uso de la contención es un último recurso, cuyo propósito siempre debe ser el terapéutico y evitar que la persona se lastime a sí misma, a los demás, o cause daños materiales. También es importante recordar que es común que estas técnicas se utilicen de manera combinada (se requiere la contención física para realizar la mecánica o la química, por ejemplo).

Sin embargo, lo que se ha verificado en las CTs visitadas es que la contención a menudo se practica como violencia física simple. En ninguna de ellas, se identificó una infraestructura adecuada para la contención mecánica (como las camillas plegables con bandas de contención).

“ Algunos internos informaron que, en casos evaluados por la coordinación como “mal comportamiento”, peleas y fuga, los empleados van a buscar a los internos donde estén “golpeando la cara” (sic), “se atan los pies y las manos durante unos diez, quince minutos o media hora” (sic). Informaron de que esa restricción mecánica se realiza en la oficina y, también, frente a todos. (MT 01 - Recomeço - Cuiabá)

La contención física y química a veces se asocia. Esta última, en general se realiza mediante medicamentos psiquiátricos, que a menudo se administran sin prescripción médica. También se describió el uso de embudos improvisados para la ingestión de sustancias para este propósito.

---

<sup>17</sup> En el Dictamen no 175.956/2015, el Consejo Regional de Medicina de Sao Paulo menciona también: la Resolución CFM no 2.057/2013, la Resolución CFM no 1.952/2010, Proceso de Consulta n° 8.589/2010 - CFM (01/11), el Dictamen n° 1.317/2001-CRM/PR, la Ordenanza no 224/1992, la Ordenanza MS/ GM no 336/2002, la Ordenanza MS/GM no 3088/2011 y la Ordenanza MS/GM no 121/2012.

“ Además del castigo, se puede identificar en los informes de los “residentes” el uso de la contención física y de medicamentos, este último se llama “garapa”. Según el informe, estarían obligados a tomar esa medicación. “Se machacan a los remedios con una maja y se mezclan con agua. Con un embudo nos meten en la boca y tenemos que tomar”. (PE 01 - Novo Tempo - Igarassu)

A menudo se utilizan de eufemismos entre monitores e internos para referirse al cóctel de medicamentos utilizados en esas ocasiones (que incluye haldol, neozine, diazepam y otros medicamentos psiquiátricos). En Pernambuco, se lo nombraron “garapa”. En Sao Paulo y Mato Grosso, “danoninho”.

“ Según la dirección y el equipo técnico, sólo en casos de extrema necesidad, como cuando hay peleas y hay que apartar a los involucrados es que existe el uso de la fuerza física; y según el informe de los “residentes”, también cuando se aplica la “garapa” se utiliza la “fuerza física”. “Usan la violencia física aquí, dan una ‘garapa’ cuando alguien no obedece o está muy nerviosa. Es medicamento dentro de un jugo. Tenemos que tomar la garapa y quien no quiere recibir una paliza, toma rápido. Para que no te atrapen, me tomo la mía rapidito. Cierta vez, una paciente no quiso tomar y la tiraron al piso y se la obligaron a tomar la “garapa” por fuerza. Lo ponen en una botella desechable y lo empujan con fuerza. Le apretaron el cuello a la chica para que tomara la medicación”. (PE 02 - Reviver - Paudalho)

“ Aunque la dirección de la clínica y algunos empleados informan que las medidas adoptadas en estos casos [de intentos de fuga o manifestación a los familiares del deseo de irse de allí] eran solicitar que fregasen los platos, retirar el tiempo de ocio y los cigarrillos, hubo informes de los internos de uso del “danoninho” como una forma de sanción. En caso de rechazo de tomarse la mezcla vía oral, se aplicaría la medicación inyectable. Informaron que tal medicación hacía que el cuerpo estuviese débil y cansado, a tal punto de dormir todo el día, orinar en la cama y salir lastimado, a menudo debido a las caídas resultantes del efecto de la somnolencia causada por la medicación. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

“ Esos medicamentos psiquiátricos (haldol, quetiapina, diazepam, carbozepina, amplicitil y otros), según información de los internos, los administran la técnica de enfermería o la enfermera, sin prescripción médica. Los registros de los internos que pudimos manejar no contienen una indicación médica para el uso de los medicamentos citados, pero hay referencias a contenciones mecánicas y químicas. Por lo tanto, había indicios de maltrato, tortura y también contenciones mecánicas y químicas, esta última sin protocolo médico. (MT 02 - Solares - Chapada dos Guimarães)

El uso de la medicación como instrumento de control y castigo -y no como tratamiento-, se remonta en su esencia a la lógica manicomial experimentada en los hospitales psiquiátricos. Ya sea en el momento del “rescate”, ya sea cuando la persona ya está internada, lo que se verificó no fue el uso de medicamentos para satisfacer necesidades terapéuticas, sino única y exclusivamente para “ajustar”

a las personas privadas de libertad a la rutina y las normas impuestas por las instituciones, que, además de caracterizar una infracción sanitaria, constituye una violación de las leyes de protección a esa población.

#### 4.5.5 Seguridad y Vigilancia

La Inspección Nacional buscó información sobre los excesos en la seguridad física de las comunidades terapéuticas, en forma de posesión de armas letales o no letales y su uso, así como información sobre los equipos de seguridad y su modo de operación. En las CTs inspeccionadas no se encontró personal de vigilancia armado, pero la restricción al movimiento de personas se expresó de varias maneras: vallas altas y/o electrificadas; cámaras de vigilancia; encierro de internos por la noche, sin dispositivo de comunicación para emergencias; además de la observación constante de parte del equipo.

Los equipos de vigilancia de las CTs se conformaban por personal no capacitado, en general egresados o internos más antiguos en la institución, que se ganaron la confianza de la dirección. Además de impedir la salida de los internos, la “vigilantes” también observaron el cumplimiento de las tareas (en general, laborterapia) e imponían las reglas de la comunidad, aplicando sanciones y castigos (incluida la violencia física). También eran los mismos internos quienes componían los equipos de contención física y rescate.

“ La unidad tenía un grupo de internos que se turnaban para hacer la vigilancia y el monitoreo del riesgo de fuga de los demás. Fueron llamados Grupo de Apoyo al Paciente (GAP), y fueron elegidos en base a los criterios de buen comportamiento y por estar en el sitio por más tiempo. Ellos estaban esparcidos en puntos estratégicos de la granja para asegurarse de que ningún interno saltase el muro, aunque toda la unidad estaba rodeada, con cerca eléctrica en el frente y a los lados. Los GAPs no tenían armamento, pero podían realizar contención física en caso de que alguien intentara escapar. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

“ La clínica realiza el procedimiento conocido como “rescate” a petición de los familiares de las personas internadas. Ese procedimiento se lleva a cabo por los mismos internos del GAP. Los informes señalan la existencia de prácticas extremadamente graves. Los internos (que llegaron a ser nombrados como “víctimas” por el interno responsable del “rescate”) fueron agredidos e inmovilizados con “mata león”, constricción de cuello, etc., estando atados para ser colocados en el coche de la institución. Los informes denotaban una naturalización del procedimiento por parte de quienes lo realizan: “No hay agresión; es sólo un mata-león, sosteniendo brazos y piernas para inmovilizar a la persona. Por otro lado, algunos que fueron “rescatados” describieron la práctica como “humillante”. El coordinador explicó que hay rescates más simples y, para los casos más difíciles (con personas agresivas o en situación de calle), ellos contratan los servicios de una empresa. (SP 02 - Recanto Vida Nova - Mairinque)

La distancia entre cualquier actividad terapéutica o atención sanitaria de las prácticas y métodos adoptados por esas instituciones es flagrante. Como se ha observado, las personas admitidas están obligadas a hacerse trabajadoras en el área de la seguridad, ejerciendo la vigilancia sobre sus compañeros. Los informes de algunos internos señalaron el bochorno de ejercer esa función de vigilancia sobre otros internos, ya que también tenía ganas de huir.

Además de toda la violencia simbólica (y física, en casos de práctica inadecuada de contención), el uso de internos en las actividades de vigilancia es también una estrategia para maximizar los resultados financieros de la institución, ya que, cuando se utiliza a los internos como vigilantes, se hace prescindible contratar profesionales para el área.

#### 4.5.6 Inspecciones y prácticas de revistas

Al comienzo del proceso de internación se notificaron inspecciones internas, así como informes de inspecciones de personas admitidas, en situaciones de supuesta sospecha de la presencia de objetos prohibidos o cuando la coordinación o equipo lo considere necesario. En general, en las 28 CTs inspeccionadas, no fue posible encontrar ni siquiera un protocolo institucional que regulara esta práctica, así como registros en actas o en los expedientes. En algunas instituciones, se les demanda a las personas internadas estar desnudas y en cuclillas. En estos casos, en particular, la caracterización de revistas íntimas con conducta humillante es flagrante, una práctica que perjudica el derecho a la intimidad y a la privacidad.

“ Las revistas se llevan a cabo con los recién ingresados -estando desnudo y agachado en un baño- y en sus pertenencias personales al entrar en la comunidad o cuando regresan de la ciudad, siendo recogidos lo que no se ajusta a las normas de la unidad. Las revistas periódicas también se llevan a cabo en los alojamientos y pertenencias de los internos para comprobar la posesión de alcohol, drogas u otros equipos no permitidos. (RO 02 - Porto da Esperança - Candeias do Jamari)

“ Lo describió un monitor y fue negado por los profesionales acerca de la práctica de revistas a los internos. Las palabras del monitor son directas: “Ponemos a todos aquí en esta habitación, desnudos (sic). Les ordenamos que se agachen, como en el ejército”. Las revistas también se llevan a cabo en los materiales traídos por los internos a la llegada y en los materiales traídos por la familia durante las visitas. (MG 02 - Esquadrão da Vida - Francisco Sá)

“ Luego del ingreso, no se permitido portar teléfono móvil, aparato de sonido, televisores y otros, así como utensilios que pueden causar lesiones. Por lo tanto, todo el mundo pasa por un proceso de inspección, para el cual no hay protocolo. (MG 07 - Renascer - São João del Rei)

“ En el momento de la entrada para tratamiento, el interno pasa por un procedimiento de revista personal, al modelo de las revistas humillantes

del sistema de privación de libertad, desnudándose y agachando. Además, las pertenencias son cuidadosamente inspeccionadas. Con regularidad, los muebles se someten a una revista y lo llevan a cabo el pastor y los monitores. Durante el periodo de internación, se realizan revistas ocasionales en las pertenencias, especialmente después de visitas o salidas del interno, cuando esto llega a darse. Durante la visita familiar, la comida es inspeccionada y, si hay alguna sospecha, el visitante también puede ser sometido a revista. (RN 01 - Cerena - Nísia Floresta)

“ Se realizan las revistas en los internos tan pronto como llegan a la comunidad terapéutica y cuando los monitores o la dirección entienden necesario. También hay revistas en las pertenencias personales de los internos, en caso de sospecha de posesión de algún material considerado prohibido por la institución, como cigarrillos. La dirección establece que la revista personal se lleve a cabo en la ropa de los internos (pliegues, bolsillos, costuras...) y que ellos estarían en ropa interior durante la revista. Sin embargo, hay informes de internos que tuvieron que desnudarse para la revista. (MG 08 - Casa de Resgate Emanuel - Bandeira do Sul)

“ No existen protocolos de revistas en los entornos y pertenencias de las personas internas, pero se informó que este procedimiento se realiza cuando la institución lo considera necesario. Las revistas también se llevan a cabo en los internos en una habitación donde se les pide que se quiten la ropa y los monitores y terapeutas realizan la revista. (MT 02 - Solares - Chapada)

“ Antes de ingresar a la comunidad, las personas son revistadas en la oficina, deben quitarse la ropa, con contacto físico y en cuclillas. También se toma de sus pertenencias personales cualquier objeto prohibido que se describe en los estatutos. La misma práctica de la revista ocurre cuando el interno llega a la granja. Periódicamente los monitores revistan las pertenencias personales y muebles de los internos. (PA 01 - Embrião - Castanhal)

Estas prácticas indican una tendencia a la reproducción de los métodos adoptados en el sistema penitenciario, demostrando cómo funcionan las comunidades terapéuticas en la lógica que se asemeja a las prisiones y los lugares de segregación, sin embargo, sin que existan mandatos o protocolos establecido para ello.

#### **4.5.7 Diversidad sexual**

La Ley nº 10.216/2001 garantiza, en su primer artículo, que las personas con trastornos mentales no deben ser discriminadas por la raza, el color de su piel, el sexo, la orientación sexual, entre otros.

Según la información proporcionada por los usuarios, equipos y directores, en al menos 14 de las 28 instituciones visitadas no se respeta la diversidad de orientación sexual e identidad de género. Los datos recogidos indican que hay

falta de respeto, incluso cuando las entrevistas con profesionales y responsables de las instituciones afirman lo contrario. En ellas, las expectativas, preguntas y preocupaciones sobre la presencia de homosexuales fueron variadas, que según los siguientes informes, indican una tendencia a suprimir la expresión de las sexualidades y su tratamiento como problemática. En general, en las instituciones de orientación religiosa la identidad sexual se asociaba con el “pecado”:

“ No hay impedimento, dicen que aceptan travestis, lesbianas y gay. Sin embargo, [entienden que la identidad sexual] con el tiempo, naturalmente cambia. [...] “Aquí no se puede tener sexo, ni siquiera parejas casadas. No puedes vestirte de mujer. Tienes que usar ropa modesta, no usar ropa corta.” (RN 02 - Dorcas - São José de Mipibu)

“ Con respecto a la diversidad sexual, la comunidad terapéutica se opone flagrantemente a los principios de Yogyakarta, ya que no respeta la diversidad sexual de sus internos. El discurso de la dirección y el monitor es bastante significativo cuando se les preguntó si había respeto por la población LGBTI. Ellos respondieron, en modo genérico, que “aquí nosotros respetamos eso, pero no se puede actuar aquí adentro”. Cuando se les preguntó si ya habían albergado a travestis o transexuales, no demostraban comprender muy bien el tema y seguían cuestionando si “esto” realmente existía. Hay información de que ya se hubo gay allá, pero que inevitablemente terminaron ocultando su orientación sexual por miedo. (MG 08 - Casa de Resgate Emanuel - Bandeira do Sul)

“ Según la unidad, existe respeto por la población LGBTI, pero la expresión de la identidad de género no está permitida, y se controlan los comportamientos y características corporales. No hay distinción o separación de personas LGBTI. Duermen en las mismas habitaciones que los otros internos. Se informó que se le instruye a esa población a controlar sus impulsos y que la orientación sexual es vista como una opción, que puede ser manejada en busca de la identidad sexual femenina. (PA 02 - Fazenda Esperança - Abaetuba)

La misma práctica se identificó en la unidad inspeccionada en Pará que asiste al público masculino, una institución llamada Embrião, en el municipio de Castanhal. Allí se hizo hincapié en que, en la ocurrencia de relaciones sexuales entre internos, serían expulsados de la comunidad.

En Minas Gerais, se identificó que previamente habría habido una travesti admitida en el pabellón masculino. Sobre ella,

“ [...] hubo informes de los internos de la casa grande de que su ropa femenina estaba prohibida y que el pastor trataba de convencerla de que ese comportamiento era el resultado de la posesión de un espíritu maligno. En la percepción de los internos, ella no se ajustaba a las reglas de la CT y fue transferida al pabellón femenino. Allí, las internas informan que ella era tratada como un hombre. [...]. Las razones de la internación de este travesti no quedaron claras tampoco la razón de su salida de la CT. (MG 04 - Maanaim - Itamonte)

También llamó la atención del equipo de inspección, el caso de una mujer transexual internada en una comunidad terapéutica dedicada al público masculino. Según el informe realizado por la misma interna, la madre sería una empleada de la alta jerarquía en el Estado y responsable de su mantenimiento en la unidad a un costo mensual de R\$ 3,000.00. La interna tenía “privilegios” dentro de la institución, como una habitación exclusiva, acceso libre a la unidad, idas al salón de belleza y, según informado, acceso a drogas, que incluso se negociaría con otros internos. El informe también trajo la siguiente situación:

“

Aún según la paciente, un día después de la visita del equipo de inspección, el novio, que también es usuario de drogas, haría una entrevista para comprobar si también será internado. La madre de la chica también asumirá los costos de esa internación, siendo negociado el valor. La interna sufre mucho prejuicio por ser una mujer trans. Además de ser riesgoso y causar demasiada consternación y fantasías entre los hombres que están privados de vida sexual, mientras que estén internados, este es un espacio propenso a más violencia contra esa mujer, debido a la falta de seguridad e insensibilidad en torno a la cuestión de género. (MT 02 - Solares - Chapada dos Guimarães)

Es importante reflexionar sobre las motivaciones que atraviesan el mantenimiento de esta paciente en la comunidad terapéutica. Parece que se trata -cómo se debatirá más ampliamente adelante -del uso de esas instituciones con el fin de mantener apartadas a las personas con comportamientos considerados socialmente indeseables.

También con respecto al enfoque de la diversidad sexual, finalmente hubo un caso en el que el director de la comunidad terapéutica admitió que ya había practicado la reversión sexual de internos en otro momento. La unidad es Cerena, en Río Grande do Norte.

#### **4.6 Internación de Adolescentes**

Hay adolescentes internados en 11 de las comunidades terapéuticas visitadas.<sup>18</sup> También identificamos a dos TCs en las que viven niños y adolescentes, acompañando a la madre. Finalmente, hubo la internación de un niño de 11 años en una comunidad terapéutica, por decisión judicial.

Esta situación específica sólo se identificó durante la inspección realizada en la ciudad de Itamonte, en Minas Gerais.

---

<sup>18</sup> En la CT MG 04 hay dos pabellones separados, uno recibe sólo adolescentes del sexo masculinos y el otro recibe a adolescentes del sexo femenino y mujeres. Se citaron por separado aquí, dados los distintos perfiles.

“

Se observa que el pastor tiene clara noción de que los jóvenes privados de libertad en la comunidad terapéutica tampoco pueden acceder a la escuela. Él afirma que este tema incluso le genera gran preocupación. Sin embargo, al mismo tiempo, presentó una decisión judicial de internación de un niño de 11 años, a lo que él no se opuso. (MG 04 - Jovem Maanaim - Itamonte)

El informe también reporta que el niño comparte dormitorio con adolescentes de hasta 18 años de edad y que el entorno presenta condiciones precarias: poco espacio, camas con clavos expuestos, baños con cables de corriente expuestos e inodoros desacoplados del piso.

En dos CTs, sólo había adolescentes varones. En todas las demás, niños y niñas compartían con adultos del mismo sexo – y en cuatro de ellas vivían sólo mujeres.

El Ministerio de Salud, mediante la Ordenanza nº 3.088/2011, determina que las comunidades terapéuticas sólo pueden admitir a adultos (inciso II del art. 9). Esto bastaría para caracterizar la irregularidad de las internaciones de los adolescentes. Sin embargo, dada la existencia de estos casos, elegimos señalar también las violaciones del Estatuto del Niño y el Adolescente (ECA) identificadas durante las visitas.

La permanencia de niños y adolescentes en las comunidades terapéuticas caracteriza una afrenta a las normas vigentes en la medida en que no son servicios adecuados y con previsión por el ECA para la internación en cumplimiento de medida socioeducativa; tampoco como servicios de protección; y aún menos son capaces de promover la protección integral a sujetos en fase de formación y desarrollo.

#### 4.6.1 Expedición judicial de adolescentes a CTs

Sobre la base de la información recopilada por los informes de inspecciones a las comunidades terapéuticas, la internación de los adolescentes proviene de tres orígenes: enviados por las familias; por el poder judicial; o por los consejos tutelares, como ratifican los siguientes extractos:

“

En el caso de los adolescentes, se observó que las internaciones obligatorias se producen a través de una decisión de la familia, los órganos de justicia, el Consejo Tutelar y Asistencia. (PA 02 - CT Fazenda Esperança - Abaetuba)

“

Se verificó que la gran mayoría de los adolescentes son enviados a Maanaim por los consejos tutelares y por decisiones judiciales. En este caso, se constató que la relativa libertad de salir de la CT toma aspectos particulares, ya que, en los casos de fuga, los chicos son castigados con el aumento del tiempo de privación de libertad. Se les penaliza

con un aumento del período de encierro. (MG 04 - Maanaim/Unidade dos Adolescentes - Itamonte)



Las internaciones obligatorias se originaron a partir de demandas judiciales, ya sean niños y adolescentes en internación obligatoria o acciones en la justicia requeridas por familiares para subvencionar el pago de las cuotas mensuales de la clínica, sin el consentimiento de la persona internada. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

En el caso de la internación por iniciativa de las familias, la permanencia de adolescentes viola cualquier precepto de atención de salud mental en libertad, pero también los preceptos del ECA de mantener los lazos familiares y comunitarios y de atención integral.

Las familias, sin saber cómo lidiar con el consumo de alcohol u otras drogas por parte de los adolescentes, terminan enviándolas a lugares donde se impondrán violaciones graves de los derechos y la posibilidad de desarrollo de estos sujetos.

En situaciones en las que se afirma haber sido remitido el adolescente por los consejos tutelares, se encontró poca información sobre las bases y dinámicas de ese origen en los informes locales, lo que, por lo tanto, demuestra ser un tema que requiere de mayor profundización.

Las derivaciones de adolescentes por decisión judicial son internaciones de carácter obligatorio, identificadas en cinco de las comunidades terapéuticas visitadas, y que han estado ocurriendo por dos motivaciones: a) para el tratamiento de la adicción y b) por imposición de medida socioeducativa de internación. A continuación, nos centraremos en cada uno de ellas:

#### a. para el tratamiento de la dependencia química

En general, las internaciones con esta característica se producen bajo la afirmación de que, en ausencia de una unidad para este fin en la red pública, el municipio debe ofrecer tratamiento mediante internación en una entidad privada, y subvencionarlo.

El ECA prevé la aplicación de medidas de protección a los adolescentes, pero exige que se tengan en cuenta las necesidades pedagógicas, prefiriendo aquellas que “tengan por objeto el fortalecimiento de los vínculos familiares y comunitarios” (ECA, art. 100). También deben respetarse otros principios, tales como: el tratamiento de los adolescentes como sujetos de derechos, la protección integral y prioritaria, la intervención mínima, la proporcionalidad, entre otros. El artículo 101 de dicha norma dispone, entre las medidas de protección:

- V. solicitud de tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico, en régimen de internación en hospital o tratamiento ambulatorio;
- VI. inclusión en programa oficial o comunitario de auxilio, orientación y tratamiento a alcohólicos y toxicómanos;
- VII. abrigo en entidad;
- VIII. colocación en familia sustituta.

Párrafo primero. —El abrigo institucional y familiar constituye una medida provisoria y excepcional, utilizable como forma de transición para la reintegración familiar y, de haber esa imposibilidad, su colocación en familia sustituta, no implicando privación de la libertad.

Párrafo segundo. —Sin perjuicio de la adopción de medidas de emergencia para proteger a las víctimas de violencia o abuso sexual y a las medidas a las que se refieren el art. 130 de esta Ley, la separación del niño o el adolescente de la convivencia familiar es competencia exclusiva de la autoridad judicial y será debida a procedimiento judicial, a petición del fiscal o de aquellos que tengan interés legítimo, en el que se garantiza al progenitor o tutor legal el ejercicio del derecho de contradicción y defensa amplia.

Párrafo tercero. —Niños y adolescentes sólo podrán ser enviados a instituciones que ejecuten programas de abrigo institucional, ya sea gubernamental o no, mediante una Guía de Acogida, emitida por la autoridad judicial, en la que debe consignar entre otros...

Por lo tanto, el inciso VI, que menciona “inclusión en programa oficial o comunitario de auxilio, orientación y tratamiento a alcohólicos y toxicómanos”, no prevé la internación. Y que las definiciones sobre el abrigo institucional se caracterizan como provisionales y excepcionales, utilizadas en la transición a la reintegración familiar y en instituciones que implementan programas de acogida institucional.

Las comunidades terapéuticas no se encuadran en ninguno de estos perfiles, por lo que no hay precedente para la internación en el ECA. Cabe destacar, sólo de manera especulativa, que si así fuera, las directrices del ECA determinarían que, con el objetivo de la reintegración familiar, cada niño tuviese un plan individual de atención, que, como ya hemos visto, no es practicado en las comunidades terapéuticas visitadas, reforzando, una vez más, la inadecuación de estos sitios como espacios para la permanencia de adolescentes.

La internación de este grupo de población en este tipo de establecimientos -que ha estado teniendo lugar bajo el asentimiento del poder judicial- solamente se produce bajo la justificación de falta de opciones de atención, pero que engendra una serie de otras violaciones de derechos, en especial, el acceso a la educación, como veremos a continuación.

b. aplicación de medida socioeducativa de internación, en caso adolescentes que cometen infracciones a la ley penal

Inicialmente, es importante destacar que no hay previsión legal para que un adolescente cumpla una medida de privación de libertad en una comunidad terapéutica. Estos espacios no son ni pueden ser considerados establecimientos educativos, a la luz del tipo de actividades que llevan a cabo y su perfil.

La internación por determinación de la autoridad competente en un establecimiento educativo es una de las medidas previstas para adolescentes que cometen infracciones a la ley penal (art. 112, inciso VI), respetando el debido proceso (art. 110).

Sin embargo, la internación sólo puede adoptarse cuando no hay otras medidas apropiadas y hay restricciones acerca de su aplicación, ya que sólo se aplica cuando se trate de acto infractor cometido mediante grave amenaza o violencia a la persona, por reiteración en la comisión de otras infracciones graves y falta de cumplimiento de la medida impuesta anteriormente (art. 122). En última instancia, “la internación deberá ser cumplida en una entidad exclusiva para adolescentes, en un local distinto del destinado al abrigo, obedeciendo a una rigurosa separación por criterios de edad, de constitución física y de gravedad de la infracción.” (art. 123).

La permanencia de adolescentes y adultos viviendo en los mismos espacios de privación de libertad es una grave afrenta al ECA. La ley determina que las medidas socioeducativas se cumplan en entidades exclusivas de este grupo de edad, que son las unidades de internación para adolescentes.

Durante las inspecciones, fue posible identificar que, en las diez instituciones que los adolescentes comparten el espacio con adultos, ellos siguen la misma rutina. Las referencias a actividades específicas eran raras.

En las visitas, también se identificó que adolescentes y adultos comparten alojamientos y habitaciones. En sólo dos instituciones se informó que los adolescentes permanecen en casas o habitaciones separadas. Esta situación demuestra la falta de atención a la condición peculiar del niño y del adolescente como personas en desarrollo.

“

Cabe destacar que los adolescentes participan en toda la rutina de la casa sin ninguna diferenciación en la programación de las actividades o en el tratamiento que ofrece la CT. Durante la visita, se verificó que los adolescentes fueron duermen en las mismas habitaciones que los “residentes” adultos, sin cualquier criterio de separación entre las personas abrigadas. Según la dirección, la separación de las

habitaciones ocurre por edad y niveles de evolución terapéutica, es decir, quienes están en una mejor condición se quedan con quienes aún no están bien: “tengo que poner al adolescente junto alguien que está mejor; luego que él ingresa aquí, le decimos que tiene un ángel” (sic). (PE-01 - Novo Tempo - Igarassu)

“

La separación de adultos y adolescentes ocurre sólo a la hora de acostarse. Actualmente, hay dos adolescentes en la comunidad que duermen en una habitación con su monitor, en la misma casa de adultos. No se identificaron otros criterios de separación de personas. (PA 01 - Embrião - Castanhal)

Además, las instituciones visitadas no cumplen con las obligaciones mínimas establecidas en el art. 94 del ECA: No observan los derechos y garantías correspondientes a los adolescentes; No ofrecen atención personalizada; No hacen diligencias para restablecer y preservar los vínculos familiares; No siempre ofrecen instalaciones físicas en condiciones adecuadas; No propician la escolaridad y la capacitación profesional, ni actividades culturales, deportivas y de ocio, entre otras.

Hay informes de internaciones que se justifican en el cometimiento de una infracción a la ley penal, sin pasar por las demás medidas jerárquicamente establecidas en el ECA, en flagrante desprecio por el debido proceso legal.

“

En las entrevistas a los adolescentes y el equipo de la institución, se encontró que, aunque denunciaron el consumo de drogas, también mencionaron estar involucrados en la venta, robo, asalto, utilización de un arma y no asistir a la escuela, haciendo hincapié en que la internación se debió al comportamiento y las “cosas equivocadas” que hicieron. Parte de las internaciones también se justificaron como siendo el cumplimiento de una medida socioeducativa. Es decir: la lógica de la privación de libertad está vinculada al juicio moral del comportamiento de estos adolescentes, de modo que la decisión judicial sobre el cumplimiento de medidas socioeducativas en estas condiciones viola, en su totalidad, al Estatuto del Niño y el Adolescente, además de caracterizar que toda la situación expuesta por la institución en nada se acerca al tratamiento de salud, ya que perjudica a una sola vez, a todos los principios del Sistema Único de Salud (SUS). No fuese suficiente la secuencia de irregularidades, se reportó al equipo de la visita el caso de un interno que ya recibió un dictamen del psicólogo solicitando su liberación, pero el juicio del municipio de Sapezal (MT) aún lo mantuvo internado, bajo la justificación de cumplimiento de medida socioeducativa. Esta decisión se hace aún más grave, ya que, según la información recopilada de la dirección de la institución, el citado adolescente siquiera cometió una infracción antes de ser privado de su libertad en la comunidad terapéutica -cuya permanencia ya dura dos años. (MT 01 - Recomeço - Cuiabá)

De forma irregular, estos casos reportados llevan a las comunidades terapéuticas a la condición de prestadores de servicios al sistema de protección de la infancia y la adolescencia, bajo la justificación de la falta de otros espacios de tratamiento.

Sin embargo, esto ocurre sin que estos sitios cumplan con los criterios mínimos ya establecidos por el ECA o que sean instituciones de atención de la salud, y sin que la sociedad esté informada sobre las prácticas que están siendo contrafirmadas por la justicia y financiadas con recursos públicos.

La práctica también señala a la fragilidad de los mecanismos de supervisión de las comunidades terapéuticas y los derechos de los niños y adolescentes, ya que algunas de las CTs inspeccionadas ya habían sido objeto de inspección por el poder público sin ser identificadas infracciones o medidas apropiadas.

#### **4.6.2 Internaciones para la retirada de la convivencia social**

Se encontró varios casos de internación de adolescentes por razones que no están relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas, por lo que las comunidades terapéuticas parecen estar actuando en el papel de promover el aislamiento de la convivencia social por las más variadas motivaciones. Como se desglosará a continuación, la práctica repite una tendencia general -ya que también ocurre con adultos-, pero es importante destacar la gravedad de este tipo de ocurrencia al tratarse de niños y adolescentes, personas en desarrollo a los que la familia, el Estado y la sociedad deben ofrecer protección.

“

Llamó la atención la cuestión de la derivación para la internación, ya que, además de los caminos tomados a través de municipalidades, consejos tutelares y médicos, hay los casos de madres que piensan que sus hijos deben ser internados por interactuar con alguien que bebe o usa drogas, e incluso por manifestar su desacuerdo con la forma en que viven.

En este sentido, es importante informar del caso de una joven conducida a la clínica porque estaba novia de un joven que bebía y su madre, quien es evangélica, decidió que ella debía estar internada. Además, esta joven ya había sido asistida a lo largo de unos años por el consejero del CRP-MG que participó en la inspección. Completamente aislada de los demás, porque sólo se comunica a través de la Lengua de Signos Brasileña (Libras), esta joven testificó de toda la crueldad, el descuido y la inhumanidad a la que fue sometida, rogando por ayuda para irse. (MG 04 - Maanaim - Itamonte)

Es importante destacar que el ECA establece que los adolescentes, quienes por definición son personas entre 12 y 18 años, son sujetos de derechos y deben recibir protección plena y tener aseguradas las oportunidades y las facilidades para asegurarles todas las oportunidades y facilidades, con el fin de posibilitarles el desarrollo físico, mental, moral, espiritual y social, en condiciones de libertad y dignidad (art. 3º).

Por los breves informes presentados aquí, no cabe duda de que tales preceptos están siendo violados a través de la permanencia de adolescentes en sitios que

perjudican su derecho a la libertad, la dignidad y el desarrollo personal. Aún más grave, la internación ocurre a veces por indicación del Poder Judicial o del Consejo Tutelar, lo que revela la participación de autoridades públicas en estos procesos. Es necesario discutir seriamente el uso de las comunidades terapéuticas como espacios para el cumplimiento de medidas socioeducativas, con la perspectiva de las directrices establecidas por el Estatuto del Niño y el Adolescente y el conjunto de la regulación que garantiza la protección de los derechos humanos.

#### **4.6.3 Otros problemas encontrados**

En general, es fácil concluir que los espacios aquí descritos no ofrecen a los adolescentes condiciones para promover el desarrollo físico, mental, moral, espiritual y social, en condiciones de libertad y dignidad, como postula el Estatuto del Niño y el Adolescente en su artículo 3º.

También es evidente que, en los casos de internación, se viola el derecho a la convivencia familiar y comunitaria, en un ambiente que asegure su desarrollo integral (art. 19). La participación en la vida familiar es también uno de los elementos del derecho a la libertad garantizado por el ECA, en su artículo 16, junto con el derecho a ir y venir; de opinión y expresión; a las creencias y cultos religiosos, a jugar, a practicar deportes y a divertirse; entre otros. En el momento de la internación, la regla en las comunidades terapéuticas es un período inicial sin contacto con el mundo exterior, y los adolescentes sólo tienen contacto con la familia a través de visitas programadas o llamadas telefónicas periódicas.

La libertad de creencias y culto religioso también se pone en riesgo, dado el carácter religioso y de proselitismo de las comunidades terapéuticas que se incorpora al tratamiento previsto. Se destaca también la restricción del acceso a la educación, el ocio y las indicaciones de trabajo infantil, según los siguientes análisis.

En sólo una de las unidades que reciben a personas pertenecientes a ese grupo de edad, se hacía referencia a la presentación de actividades escolares a adolescentes privados de libertad. En todas las demás, los adolescentes se ven privados del derecho a la educación, en flagrante violación por el Estatuto del Niño y del Adolescente, que define es deber de la familia, de la comunidad, de la sociedad en general y del poder público asegurar, con absoluta prioridad, la realización de los derechos referentes a la vida, a la salud, a la alimentación, a la educación, al deporte, a la recreación, a la capacitación profesional, a la cultura, a la dignidad, al respeto, a la libertad y a la convivencia familiar y comunitaria (artículo 4º).

“ En cuanto al acceso a la educación regular, se informó al equipo de inspección de que hay un seguimiento semanal de una psicopedagoga, sin embargo, los adolescentes no se insertan en la enseñanza regular, ni reciben asistencia educativa domiciliaria. (MT 01- Recomeço - Cuiabá)

Además de la falta de asistencia a la escuela, las comunidades terapéuticas no ofrecen otras actividades de formación o profesionalización, por lo que el tiempo de los adolescentes se ocupa con la laborterapia (ver sección “4.6.4 Trabajo en la adolescencia”) o es de completa inactividad. Por lo tanto, no está garantizado el acceso al deporte, el ocio, la profesionalización o la cultura – que son elementos importantes para la formación integral de esos individuos, los cuales deberían ser garantizados incluso durante el cumplimiento de una medida socioeducativa.

“ Esta fue la última unidad visitada y había sido preparada para nuestra llegada. Muchos adolescentes nos esperaban frente a sus habitaciones, como si hubieran estado dispuestos a conocernos. Casi todas las habitaciones estaban abiertas. Varios adolescentes estaban acostados en sus camas ya que no hay actividades, nada que hacer en la mayor parte del día. Algunos días por la tarde, se juegan al fútbol o a las canicas. [...] Cuestionados sobre estar ociosos, muchos con discurso ensayado o un adiestramiento eficiente, informaron que era bueno que aprendieran a valorar la vida y que con la Palabra de Dios se prepararían para vivir sin errores. (MG 04 - Maanaim/Unidade dos Adolescentes - Itamonte)

#### 4.6.4 Trabajo en la adolescencia

El ECA define, en su art. 60, queda prohibido cualquier trabajo de menores de catorce años de edad, salvo en la condición de aprendices que, a su vez, se caracteriza por un aprendizaje a la formación técnicoprofesional.

En las unidades visitadas en las había adolescentes y adultos, no hay diferencia en la rutina de unos y otros, por lo que están siendo sometidos a prácticas de laborterapia, lo que perjudica las directrices del ECA. Aún más serio que eso, los equipos de inspección han identificado en estos sitios, las prácticas de trabajo en las funciones de vigilancia y limpieza de las zonas comunes.

“ Hay presencia de adolescentes. El derecho a la educación y a la convivencia familiar y comunitaria no está garantizado. Reciben las mismas atribuciones de adultos como la laborterapia, revista a objetos y obligatoriedad de asistencia en momentos religiosos. (PA 02 - Fazenda Esperança - Abaetuba)

“ La unidad tenía un “grupo de internos” llamado Grupo de Apoyo al Paciente (GAP), compuesto por 10 internos –entre ellos, cuatro adolescentes– cuya tarea era realizar la vigilancia del establecimiento, evitando la fuga de los otros internos. Para ello, durante todo el día, ocupaban “puestos” de vigilancia previamente definidos. Ellos permanecían en estos lugares durante horas seguidas, incluso si

estaba lloviendo o haciendo demasiado sol, no siendo remunerados por tal actividad. También informaron comer en estos “puestos”, para asegurarse de que ningún usuario saltase el muro, a pesar de que había cerca eléctrica en la unidad. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

“

Los adolescentes reciben las mismas atribuciones de adultos, como la laborterapia, las revistas íntimas, los grupos terapéuticos, la asistencia obligatoria en momentos de espiritualidad y castigo por ausentarse o por violar el reglamento interno. (PA 01 - Fazenda Embrião - Castanhal)

En la unidad de internación de adolescentes de sexo masculino en Mato Grosso, hubo un informe de trabajo durante las horas de la madrugada, con indicios de trabajo forzoso:

“

[...] Se han dado cuenta por los informes de que muchos adolescentes están sometidos, hasta altas horas de la madrugada, al desarrollo de actividades a que la institución llama laborterapia. El día de la inspección fue posible hablar con un adolescente que permaneció hasta las 2 de la mañana trabajando. Según el informe, ese adolescente (junto con otros, él no quiso señalar quienes eran) rastrilló las hojas del patio común de la institución y, posteriormente, lavó las salas de la casa (menos los dormitorios donde otros adolescentes dormían).

“

El trabajo de vigilancia y seguridad del sitio se realiza por los propios adolescentes y esa actividad se describe como parte de la terapia laboral, o laborterapia. Los internos informaron que ocho monitores son adolescentes internos y no reciben remuneración. Otros cinco reciben un pequeño auxilio financiero, por finalizar la internación, pero permaneciendo en la institución como “jefes de turno” (sic); son adolescentes que siguen teniendo lazos institucionales y trabajan en el equipo de seguridad de la CT. (MT 01- Recomeço - Cuiabá)

Estos sucesos añaden evidencia de que hay innumerables situaciones de falta de respeto a los adolescentes internados y refuerzan la comprensión de que estructuras de esa naturaleza tienden a exponer a las personas ya vulnerables a violaciones de los derechos humanos.

#### **4.7 “Nuevos Usos” para las Comunidades Terapéuticas**

En el análisis de los informes preparados por los estados, se identificaron situaciones en las que las justificaciones de las internaciones no están relacionadas con cuestiones atinentes al consumo de alcohol y otras drogas. Hay comunidades que afirman recibir pacientes con diferentes tipos de trastornos mentales. También identificamos unidades que reciben a personas mayores con estancia no necesariamente relacionadas con el uso de drogas, sino porque no tienen otro lugar para alojarse. Este parece ser también el perfil de las instituciones a las que se accede como espacios alternativos a la vida en la calle, aunque temporalmente. Además, algunas de las comunidades terapéuticas visitadas se

han utilizado para la internación de personas con comportamientos considerados moralmente desviados de la norma, de ahí el registro de internaciones por “agresividad y rebeldía” o “discapacidad intelectual”.

Cada uno de los ejemplos ratifica el perfil de estos espacios como expresión contemporánea de segregación. Al margen de las normas, se han utilizado como mecanismos para aislar a las personas -con sus problemas- de convivencia social, en un franco desacuerdo con el espíritu de la Constitución Federal de 1988, que, como argumentamos en la introducción de este informe, determina la inclusión ciudadana de todos y todas, respetando las especificidades de personas y grupos.

Algunos de los perfiles de internación identificados durante las inspecciones se presentan a continuación:

“ Se informó que la institución asiste a otras formas de demandas, como depresión, tristeza, bulimia, agresividad y rebeldía. (PA 02 - CT Fazenda Esperança - Abaetuba)

“ Además de los adictos químicos, hay internación de [nueve] personas con diferentes trastornos psiquiátricos y personas con discapacidad intelectual, incluso si la institución no tiene tratamiento específico para esas personas. (SP 02 - Recanto Vida Nova - Mairinque)

“ Cada participante fue presentado a partir de la pregunta hecha por el facilitador del grupo: “¿Quién eres?” [...] En este momento, muchos monitores informaron de muchas quejas de tratamiento inadecuado de “residentes”. Describieron las situaciones de cómo llegaron allí (por medio del rescate); se habló de los medicamentos utilizados (garapa, cócteles de medicamentos fuertes, ansiolíticos, antidepressivos, hipnóticos). Se mencionaron las tareas diarias, se dijo de la laborterapia, el clima de violencia verbal e incluso la violencia física entre los internos. Cuestionaban la mezcla de usuarios con dependencia química, trastornos mentales, personas en conflicto con la ley, personas de diversas edades, desde adolescentes hasta ancianos. Hubo informes de personas mayores con depresión. (PE 02 - Reviver - Paudalho)

“ Hubo un interno dormido durante mucho tiempo en la mesa de la cafetería. Se le informó que se le ofreció la posibilidad de dormir en su habitación, como una sola excepción concedida, pero que prefiere pararse allí, inclinándose sobre la mesa. También se informó que es un interno que ha estado allí durante muchos años por una falta absoluta de alternativa (familia, vivienda, etc.). También encontramos a un paciente que informó que hace uso de hemifumarato de quetiapina. En su entrevista, también informa que fue enviado por su hermana al psiquiatra, pero no sabe cómo decir su diagnóstico; sin embargo, afirma que el uso del medicamento mejoró en gran medida su calidad de vida. (MG 05-Peniél-Brumadinho)

“ El público objetivo de la unidad es la población en situación de calle. Todos los jueves, la CT participa en una labor de evangelización de la

población en situación de calle de la Región Metropolitana de Belo Horizonte, con distribución de alimentos e invitación a la internación en la comunidad de Tierra Santa. [...]. “Aquí es un lugar seguro cuando la calle es muy violenta.” (MG 09-Tierra Santa-Betim)

“

[...] Además, luego de aclarado que la comunidad terapéutica recibe no sólo a adictos químicos, sino también a pacientes con trastornos mentales (autismo, esquizofrenia, etc.). Dijo que, en la mayoría de los casos, los pacientes son traídos por sus familias, pero que también han recibido internos derivados de la Justicia, el Ministerio Público del Estado de Nilópolis y nominados por los Caps de Nova Iguaçu. (RJ 01 - Crisameta - Nova Iguaçu)

“

Hubo otra interna que describió el hecho de que su madre, considerando que la cerveza no debería ser utilizada por una persona de fe, pidió al pastor que interviniera para sanarla de ese hábito. (MG 04-Maanaim-Itamonte)

En las siguientes secciones, destacamos algunas especificidades en relación con la internación de personas mayores y personas con trastornos psiquiátricos.

#### 4.7.1 Internación de personas mayores

El Estatuto del Adulto Mayor define como mayores a las personas con 60 años o más. La presencia de personas mayores se identificó en siete comunidades terapéuticas inspeccionadas y, en ninguna de ellas había información sobre la atención especial a esa población. Los informes oscilaban entre uno y cuatro adultos mayores internados.

Dado que la identificación de la situación de las personas mayores no fue el foco de la inspección, no hay información desglosada sobre las condiciones de su internación. Sin embargo, los informes indican la falta de una estructura adecuada para cuidar en condiciones dignas y la imposibilidad de satisfacer las necesidades proporcionadas por la edad, además de los indicios de trato irrespetuoso. El tema requiere una investigación adicional para caracterizar la situación de las personas mayores internadas, incluyendo la identificación de negligencia de los servicios del estado, ya que, según el Estatuto del Adulto Mayor, es “obligación del Estado de asegurar al anciano la protección de la vida y la salud, mediante la puesta en marcha de políticas públicas sociales orientadas a garantizar un envejecimiento saludable y en condiciones de dignidad” (artículo 9).

En base a la descripción de los casos, se observa que las comunidades terapéuticas pueden ser utilizadas como un lugar de permanencia de largo plazo para los ancianos, especialmente para las personas de menor poder adquisitivo. En parte, la atención al adulto mayor es llevada a cabo por las mismas personas privadas de libertad, una vez más caracterizando el uso de mano de obra sin la debida formalización, sin remuneración y sin cualificación profesional.

Además del estigma relacionado con la edad en una de las comunidades visitadas, era común referirse al alojamiento como “habitación de comadres”, hay un subregistro de la presencia de los ancianos, así como informes de depresión y abandono.

“ Hay cuatro internos mayores. Se quejaron de sentirse abandonados por sus parientes. Uno de ellos ha estado internado hace ocho años. (PB 02 - Clínica Ama - Conde)

“ El número de personas de la tercera edad no estaba claro. La lista proporcionada por la institución mencionaba sólo a una persona mayor, de edad de 65 años, mientras que los usuarios entrevistados afirmaban que había varias personas mayores. (SP 02 - Recanto Vida Nova - Mairinque)

En Minas Gerais, se registró un caso aún más grave de falta de atención especializada, incluso para personas que tenían necesidades específicas en relación a su salud y locomoción.

“ Un hecho que llamó la atención fue el caso de la interna que fue ingresada en el momento de la visita. Como varias veces señaló, tenía dificultades de movilidad y estaría en la CT porque no tenía familia. Ella pagaba una cuota mensual y realizaba la donación de una canasta básica. Las otras internas se vieron obligadas a cuidarla y ayudarla con sus necesidades, como si fueran sus cuidadoras, sin recibir ningún salario por ello. En el momento en que fue ingresada, dos internas comenzaron a turnarse para acompañarla en el hospital-una durante el día y la otra por la noche-, vestidas con la camiseta de la comunidad terapéutica. Es decir, están obligadas a trabajar como cuidadoras/acompañantes de una interna hospitalizada, sin recibir remuneración alguna por ello. Según los informes, la mujer hospitalizada seguiría pagando a la CT. Además, su hospitalización se debió probablemente a causa de negligencia de la comunidad terapéutica, ya que recibió a una mujer con movilidad reducida, sin la capacidad de asegurarle un tratamiento adecuado. (MG 03 - Fazenda Vitória - Lagoa Santa)

Por lo tanto, los informes de inspección aportan indicios del uso de comunidades terapéuticas como lugares de internación a largo plazo para los ancianos, sin la existencia de condiciones adecuadas para este fin. Cabe destacar que la incorporación de este grupo de población como público de esas instituciones no es un hecho aislado, como se destaca a continuación.

#### **4.7.2 Internación de personas con diferentes trastornos de salud mental**

Aquí se destacan los informes de personas internadas en comunidades terapéuticas debido a trastornos mentales no relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas. Cuando afirman abiertamente que realizan este tipo de internación, estas instituciones aclaran una vez más el carácter de los espacios para la segregación de las diferencias y el papel que han estado cumpliendo

como expresión renovada de los establecimientos manicomiales – lo que toda la reforma psiquiátrica brasileña se estructuró en su contra, especialmente a través de la Ley no10.216/2001.

Los informes indican que hay casos de personas puestas en internación por familiares -que podrían estar justificados por el desconocimiento de las normas o falta de estructura familiar-, pero también hay indicios de la acción de las autoridades públicas y los profesionales de la salud en el uso de comunidades terapéuticas como espacios de internación de personas con trastornos mentales de diversos perfiles.

“ La clínica tiene en su clientela a personas con trastornos mentales, adictos químicos y ancianos aparentemente sin cualquier diagnóstico y que simplemente están alojados. Todos toman medicamentos, lo que sugiere que esto se hace sólo con el propósito de contención química. (RJ 01 - Crisameta - Nova Iguaçu)

“ En este documento se informa que hay 40 plazas (diez más de lo reportado por la dirección en el momento de la visita). El mismo documento señala a las personas con trastornos mentales como el público objetivo de la comunidad terapéutica, así como los adictos químicos. Según la dirección y el equipo, la separación de las habitaciones ocurre por el tipo de trastorno: aquellos que consumen alcohol u otras drogas están separados de aquellos con diferentes trastornos. Sin embargo, en las entrevistas realizadas con los “residentes”, se dijo que no hay ningún criterio de separación y que los residentes son todos “mezclados”. (PE 02 - CT Reviver - Paudalho).

“ La comunidad terapéutica de Maanaim se basa en el proceso de privación de libertad como condición para el aislamiento del mundo, la abstinencia y el adoctrinamiento religioso en su terapia de “curación” del uso abusivo de las drogas. A pesar de tener este enfoque, recibe pacientes psiquiátricos, varios sin posibilidad de regresar a las familias, adolescentes que cumplen medidas socioeducativas o de protección, eventuales usuarios de drogas, condenados por sus familias y por su comunidad religiosa, y también jóvenes, cuya conducta sea desaprobada por sus familiares o por el Consejo Tutelar. (MG 04 - Maanaim - Itamonte)

En el Distrito Federal, hubo menciones de internaciones de personas que cumplen sus penas en un régimen semiabierto y en libertad condicional. Un interno afirmó depender de la estancia en el sitio para tener una dirección fija, y no estar obligado a volver a prisión.

Por lo tanto, las diversas motivaciones para las internaciones ratifican el uso que se ha hecho de las comunidades terapéuticas como lugares donde se reanuda el modelo manicomial, superado en Brasil por la Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

## **4.8 Infraestructura e Insumos Básicos**

### **4.8.1 Ausencia de permiso sanitario**

La Resolución de Anvisa RDC n° 29/2011, art. 3º, que define los requisitos de seguridad sanitaria para las instituciones del perfil inspeccionado, establece que deben tener un permiso actualizado de conformidad con la legislación sanitaria local, fijada en un sitio visible del público.

Entre las 28 comunidades terapéuticas visitadas, sólo diez presentaron un permiso sanitario válido para el año en curso. En otras 11, los informes elaborados por los estados señalaron textualmente la no presentación de ese permiso o, en dos casos, se presentaron documentos de 2016. En las otras cinco instituciones visitadas, no había información específica sobre ese ítem. La ausencia de permisos es un hecho agravado por las condiciones encontradas en estos establecimientos.

La falta de permiso sanitario no ha demostrado necesariamente ser un obstáculo para la asignación de recursos públicos a las comunidades terapéuticas, ya que tres de los que afirmaron recibir donaciones o préstamos de fondos públicos no presentaron permisos sanitarios durante las inspecciones.

### **4.8.2 Condiciones sanitarias**

Los requisitos de la RDC n° 29/2011, de Anvisa, incluyen una sección específica sobre infraestructura, estableciendo que las edificaciones deben ser regularizadas junto al poder público (art. 11), mantenidas en buenas condiciones de conservación, seguridad, organización, confort y limpieza (art. 12), y deben garantizar la calidad del agua si no disponen de abastecimiento públicos (art. 13).

A efectos de inspección, se centró por separado la atención en aspectos de la infraestructura sanitaria (baños, cocina, suministro de agua) y la infraestructura física (habitaciones, salas de convivencia, salas de atención y otros). En la sistematización de los datos, fue necesario estandarizar las diversas informaciones recopiladas en las visitas. A efectos contables, los informes se dividieron en dos categorías, separando las que no presentaron problemas en los informes (“sin problemas evidentes”) y las que evidenciaban cuestiones relacionadas con la estructura (“con problemas evidentes”).

En 20 de las CTs inspeccionadas, se verificaron problemas sanitarios muy evidentes, como inodoros rotos o sucios; falta de agua caliente para el baño; ausencia de agua potable; cocina sin condiciones de preparación y/o almacenamiento de alimentos, incluyendo higiene y equipo; falta de un comedor. Entre los diversos informes que ayudan a visualizar las situaciones, se encuentran:

“ La comida se prepara en la misma comunidad, en una cocina deteriorada, oscura y sin condiciones higiénicas adecuadas. En el interior de la cocina, se encontró un viejo refrigerador sin condiciones adecuadas de refrigeración, gabinetes mal conservados y sucios, una estufa antigua que, en el momento de la visita, tenían puestas dos ollas que serían parte del almuerzo. [...] En el exterior de la cocina, había un gran armario donde se almacenaban alimentos no perecederos. Además de estos, en el mismo espacio externo había dos *Congeladores* y un espacio improvisado para el depósito de legumbres y hortalizas. Es importante destacar que muchas de estas verduras y frutas se encontraban podridas y sin condiciones para ser utilizadas. (PE 01 - Novo Tempo - Igarassu)

“ Las comidas se preparan al aire libre, en un espacio con terraza, dos baños, una barbacoa y una especie de “enfermería”, donde es posible identificar el almacenamiento de varias cajas de medicamentos. Destaca la precariedad de los dos baños con los asientos rotos, el piso sucio, las paredes peladas y con el enlucido de pared cayéndose debido a la humedad, el depósito de agua de la descarga rota, con una especie de “trampa” para permitir la descarga (un cordón de zapatos mojado, de aspecto insalubre en lugar de la cuerda adecuada para eso). Las puertas de los baños estaban sucias y estaba rota la cerradura interna. En uno de los baños, no había electricidad ni lámparas. Todo el sitio usado como comedor tenía aspecto de suciedad. (PE 02 - Reviver - Paudalho)

“ El ambiente de la casa es totalmente insalubre, sin un cuidado higiénico mínimo. La comida se preparaba en una estufa de leña improvisada, al lado de la pocilga. Se almacenan los alimentos en la habitación de la misionera, incluso los alimentos perecederos. (RN 02 - Dorcas - São José de Mipibu)

“ Hay una cocina comunitaria de uso de los internos -con nevera y *congelador* en mal estado, estufa industrial y almacén. En este lugar, los internos trabajan preparando su propia comida. La enfermería está en una habitación con un ventilador de techo, una mesa, dos camillas, una pila, cuatro archivadores y un armario de dos puertas. La habitación presentaba un fuerte olor a moho y heces de rata en el piso y en las camillas. Los medicamentos se alojan en un armario cerrado sin refrigeración. (PA 01 - Embrião - Castanhal)

La norma de Anvisa determina la oferta de baño equipado con inodoro, pila y ducha con dimensionamiento compatible con el número de residentes. Sin embargo, en uno de los casos más evidentes de violación de esta norma, había una sola ducha para más de 20 personas. En otra situación, no había puertas en los baños, inexistiendo garantía de privacidad. En este mismo lugar, se identificó un escape de agua exterior:

“ El suministro de agua para el consumo humano se realiza mediante un pozo artesiano (convencional) situado junto a la cocina y un almacén. El pozo presentaba una tapa de hormigón que no estaba sellada. La eliminación del agua de los inodoros se hacía por una fosa séptica. La eliminación del agua de la cocina estaba en el cielo abierto, sin contar

con uso de una trampa de grasa, causando un mal olor en el material apesado. La eliminación del agua de lavandería también se daba al aire libre. (RN 01 - Cerena - Nísia Floresta)

La resolución de Anvisa menciona explícitamente que las instituciones deben garantizar la calidad del agua para las personas internadas, si no disponen de suministro público. Sin embargo, en al menos cuatro unidades inspeccionadas se encontraron problemas detectados a simple vista:

“ Hay un problema con el agua utilizada para el baño, capturada en el arroyo que pasa al fondo de la comunidad terapéutica, ya que innumerables residentes reportan alergias y erupciones, observable a simple vista. (MG 04 - Maanaim/Casa Feminina - Itamonte)

“ Se sospecha que la calidad del agua no se ajusta a las recomendaciones de Anvisa. Se ha informado que los “residentes” utilizan un bebedero de agua y recogen el agua directamente de un pozo artesiano para cocinar y para su propio consumo. Es importante registrar que cerca de este pozo se identificó la presencia de una alcantarilla abierta. (PE 02 - Reviver - Paudalho)

Según el informe de las “residentes”, a pesar de las frecuentes quejas, sólo cuando muchos de ellos tenían diarrea era que los profesionales de la CT adoptaban medidas reparadoras. Sin embargo, destaca que al día de la inspección, aún fue posible verificar la alcantarilla abierta con heces y grasa flotando en agua sucia y de mal olor.

“ Aún en el cobertizo había una cocina acoplada con los protectores rotos, los ladrillos en el suelo, a causa de ratones, y un almacenamiento precario de alimentos. Había una pequeña cantidad de comida almacenada. Se informó que a menudo no se le ofrecía carne en las comidas y que había poca variedad de alimentos. En la comida usual se servía arroz, frijoles, salchichas, hamburguesas, morcillas o huevos. Las comidas las preparaban los mismos internos, que informaron que ya encontraron insectos en la comida y que le había caído mal a muchas personas. En un momento dado, la clínica recibió un gran lote de yogur caducado durante más de cuatro meses y este producto se puso a disposición de los usuarios. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

Los datos del informe mencionan vagamente la ausencia de dispositivos de seguridad y prevención de incendios. Del mismo modo, en los informes se presentaron cuatro menciones de comunidades terapéuticas con licencia o inspección realizada por el Cuerpo de Bomberos, aunque no sean inusuales el reporte de problemas en las instalaciones eléctricas, presentados en la siguiente sección.

#### 4.8.3 Infraestructura

En las inspecciones, se encontró una considerable variedad de condiciones de infraestructura. Sólo ocho sitios inspeccionados presentaban estructura física sin problemas evidentes. Las otras 20 comunidades presentan condiciones en

un rango que va de razonables a precario, con amplia variación en relación con el tamaño, las características de la estructura física y las condiciones de mantenimiento en las que se encuentran.

Se consideraron “sin problemas” aquellas en las que se encontraron habitaciones limpias y organizadas, muebles individuales, los baños en buen estado, como los siguientes casos:

“ El promedio actual de internos es de 21 personas en privación de libertad. Las instalaciones, así como las habitaciones compartidas y los baños, estaban limpias y organizadas. No existen espacios destinados a la reclusión y no hay rejillas o portones que se puedan bloquear, y no hay maneras de prevenir la libre circulación de los internos o sitio específico para la contención mecánica y química. Hay dos salas de reuniones de la psicóloga y la trabajadora social y una sala de coordinación, dirigidas a las conversaciones de los internos con los demás profesionales. La unidad cuenta con un número satisfactorio de habitaciones o alojamientos para satisfacer su máxima capacidad y sus condiciones de habitabilidad. El alojamiento está bien distribuido y hay un alojamiento específico para personas con discapacidad. (MG 06 - Nova Jerusalém - Uberaba)

“ La infraestructura se caracteriza por dos edificios principales. En uno de ellos se encuentran la parte administrativa, la enfermería, las aulas, la biblioteca, la cocina, la despensa y el salón para actividades comunitarias. El otro edificio alberga 12 habitaciones con cerca de 10 literas en promedio. (DF 01 - Caverna do Adulão - Planaltina)

La unidad tiene capacidad para 50 internos y actualmente alberga a 35 hombres. Las habitaciones tienen capacidad para entre cinco y seis internos, equipadas con camas individuales, vestidores y ventiladores. La unidad también cuenta con gimnasio, sala de talleres, espacio para juegos, capilla, mural con programación interna, oficina de gestión, cocina, cafetería y sala del psicólogo.

Es importante tener en cuenta que incluso entre las unidades más estructuradas, no todas tienen habitaciones que son capaces de proporcionar privacidad y que permiten algún tipo de acompañamiento individual.

En el caso de las comunidades terapéuticas que recibieron la clasificación “con problemas”, había habitaciones sin limpieza, defectos en la estructura (paredes o ventanas rotas), hacinamiento, colchones en el suelo, muebles rotos y/o sin condiciones de uso, ventilación insuficiente y muebles adecuados para que los internos guarden sus pertenencias.

“ Hubo informes de que los colchones estaban sucios y orinados, además de que ocho personas, en promedio, estarían durmiendo en colchones colocados en el suelo del salón destinados a actividades, debido a un posible hacinamiento, por encima de la capacidad. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

“

La finca cuenta con un amplio espacio, con varias construcciones y áreas designadas para algunas pocas actividades, como huerta, piscina y sala de TV. Algunos dormitorios son cálidos y con poca ventilación, el acceso es precario para las personas que tienen alguna discapacidad física, que afecta directamente a su locomoción. (GO 01 - Salve a Si - Cidade Ocidental)

Una de las habitaciones en el bloque I estaba con evidencia de incendio, camas destruidas, paredes ahumadas y un aire acondicionado carbonizado. El terapeuta responsable del equipo informó que se produjo un cortocircuito en la unidad de aire acondicionado. Con el tiempo, se descubrió que el incendio habría sido causado por internos, que se estarían enojados con los malos tratos recibidos en la institución.

“

En todas las habitaciones, había platos y vasos sucios. El mobiliario de las habitaciones estaba limitado a: una cama, no siempre en condiciones de uso; un minibar, que según los internos se utilizaba para almacenar los alimentos traídos por la familia y el agua potable mientras estaba encerrado por la noche; y un mueble tipo estante utilizado para guardar en el mismo espacio la ropa, los alimentos y los productos de higiene personal y el aseo. Los internos de cada suite se encargan de limpiar las habitaciones y los baños, cuyos espejos estaban rotos. Se observó un descuido con el mantenimiento y la limpieza de las instalaciones de la institución. Todos los ambientes estaban sucios, con fuerte olor y mal conservados. El descuido en el alojamiento de los internos se extiende al alojamiento de los monitores. Había varias suites desactivadas o sirviendo como depósito de materiales desechados. En la inspección, se visualizaron heces de ratas, muchos escombros y suciedad. Los pasillos, escaleras y otras áreas comunes de ambos bloques también estaban sucios. (MT 02 - Solares - Chapada dos Guimarães)

“

En relación con las habitaciones, también era posible verificar que estaban relativamente ordenadas, pero, en algunas de ellas, se sentía el olor a moho y orina. No había cualquier privacidad para la guardia de las pertenencias. Están expuestos en los estantes y los “residentes” no pueden tener maletas, maquillaje, entre otros. (PE 02 - Reviver - Paudalho)

Otro aspecto que preocupa es la falta de seguridad en las instalaciones eléctricas, a menudo organizadas de forma no profesional, indicando la precariedad de la estructura ofrecida.

“

El techo es de zinc, lo que aumenta la sensación de calor. Se observaron agujeros en algunas paredes. La instalación eléctrica de la institución es improvisada (“gato”). Hay cableado eléctrico expuesto en algunos ambientes y los cables conductores son externos. No hay extintores en las instalaciones de la CT. Afirman que el baño no se puede retrasar debido al riesgo de que el problema vuelva a ocurrir. Las pertenencias de las internas se encuentran en nichos hechos en las paredes de las habitaciones, sin ningún tipo de cierre o privacidad. [...] Sólo hay una ducha para el baño de 20 internas y las empleadas. (MG 03 - Fazenda Vitória - Lagoa Santa)

“

La mayor queja de los internos en términos de infraestructura se refiere a la falta de higiene del único baño del sitio. El tiempo de baño está controlado y no puede exceder los cinco minutos. (MG 09 - Terra Santa - Betim)

La situación de las zonas de convivencia también varía considerablemente. Hay casos de CTs más estructuradas hasta casos donde el lugar de internación es básicamente una vivienda, sin espacios específicos para actividades -en claro incumplimiento de la normativa de Anvisa.

“

No hay salas de atención exclusivas para una conversación más confidencial y las actividades de grupo se llevan a cabo en un balcón, donde también funciona como comedor. Los espacios destinados a los profesionales también son precarios. La secretaría se encuentra en un entorno externo y estos profesionales cuando están de turno, dividen las habitaciones con los usuarios del servicio. El lugar donde la psicóloga presta el servicio es improvisado, que consiste en un techo apoyado con soportes de madera en el patio de la CT. No se verificó lugar para el castigo, sin embargo, las ventanas de las habitaciones tienen rejillas, instaladas de una manera “tosca”. (MG 03 - Fazenda Vitória - Lagoa Santa)

La escasez de áreas para las prácticas de actividades educativas y deportivas es un patrón que confirma la percepción de que las comunidades terapéuticas inspeccionadas no ofrecen posibilidades para la mejora de la salud y de construcción de nuevos proyectos de vida, presentando, en cambio, propuestas de tratamiento basadas únicamente en la reclusión, el aislamiento y la abstinencia, como se ha descrito a lo largo del presente informe.

## 4.9 Control externo: vigilancia deficiente

Según las inspecciones realizadas, la información sobre el control externo de las comunidades terapéuticas inspeccionadas es bastante genérica.

El organismo de control más mencionado fue la vigilancia sanitaria, que es comprensible dada la publicación, en 2011, de las normas aplicables a dichos espacios. También hubo menciones al Cuerpo de Bomberos y al Ministerio Público, en menos ocasiones.

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Órganos fiscalizadores mencionados:</b></p> | <p>Vigilancia Sanitaria<br/> Ministerio Público del Estado<br/> Poder Judicial del Estado<br/> Consejo Tutelar<br/> Cuerpo de Bomberos<br/> Órganos municipales, estatales y/o federal involucrados con las políticas sobre drogas</p> |
|---|--|

Sin embargo, en varios informes, estuvo evidente que la realización de inspecciones apenas da lugar a demandas por acciones. En los casos en que hay informes de fiscalización, parece raro la falta de referencias a la adopción de medidas o diligencias de parte de los órganos competentes, habida en cuenta las irregularidades detectadas en las instituciones. Por ejemplo, durante la inspección en la CT Recomeço, en Mato Grosso, un equipo multidisciplinar del Ministerio Público del Departamento de Várzea Grande llegó a la institución, que tiene conocimiento de la internación de adolescentes en ese espacio y ha estado acompañando algunos casos. Sin embargo, el grupo pasó por el sitio sin que se anunciara ninguna acción para remediar las irregularidades que allí se presenciaban.

## **4.10 Recursos Financieros**

### **4.10.1 Orígenes de los recursos públicos**

Del total de 28 comunidades terapéuticas inspeccionadas, 18 reciben algún tipo de fondo o subsidio de órganos públicos en las esferas municipal, estatal o federal, lo que denota la progresiva entrada de las comunidades terapéuticas en la lista de entidades que prestan servicios al poder público.

Las inspecciones ratifican la información que es principalmente a través de recursos para políticas de drogas que las comunidades terapéuticas han estado accediendo a los fondos federales.

Sin embargo, los informes sobre las fuentes presupuestarias de origen estatal y municipal hacen que este marco de asignación de fondos públicos sea más complejo para estas comunidades terapéuticas.

De acuerdo con las inspecciones realizadas, hay recursos públicos de los órganos responsables de la gestión de la política sobre las drogas en las CTs de Minas Gerais, Rondônia<sup>19</sup> y el Distrito Federal.<sup>20</sup> En el caso de Minas Gerais, también hubo información de recursos a través de las secretarías de Salud y Desarrollo<sup>21</sup> Social. En Paraíba se constató un caso en el que la CT no recibía recursos directamente, sino una subvención que debía ser eximida del pago de la cuenta de agua por parte del gobierno del Estado.

---

19 Superintendencia del Estado de la Política sobre Drogas (Sepoad) de Rondônia.

20 El Consejo de Política sobre Drogas del Distrito Federal (Conen/DF) y el Gobierno del Distrito Federal fueron citados por las comunidades terapéuticas de DF y Goiás, respectivamente.

21 La Tarjeta Alianza para la Vida, de la Secretaría de Salud del Estado (SES-MG); Secretaría de Trabajo y Desarrollo Social del Estado (Sedese); Subsecretaría de Políticas sobre Drogas (Supod), de la Secretaría de Seguridad Pública del Estado (Sesp).

La información sobre los Recursos Municipales es más difusa. Entre las diez comunidades que afirmaron recibir recursos de esta instancia:

- cinco no han especificado el origen;

- dos reciben donaciones (de alimentos, bienes raíces y energía). Una de ellas declaró que la Municipalidad subvencionaba el trabajo de una profesional de enfermería;

- tres afirmaron recibir recursos relacionados con las internaciones obligatorias, demostrando que los jueces determinan que los municipios financien la permanencia de los internos.

Como señalan los informes de las inspecciones y, de nuevo, sin desear que los extractos aquí reproducidos representen todas las cuestiones planteadas allí, los siguientes ejemplos son:

“ La institución tenía un acuerdo con las alcaldías, recibiendo a personas de diferentes ciudades del estado de Sao Paulo, así como de otros estados. La dirección no sabía cuántas personas habían sido internadas con fondos públicos, tampoco el monto total recibido de las alcaldías y no sabía también si la administración tenía algún registro de estas cifras. En cuanto a la cuota mensual, cada alcaldía pagaba una cantidad diferente. (SP 01 - Recanto da Paz - Limeira)

“ En los documentos entregados se registra que la entidad recibe fondos públicos para el mantenimiento de seis plazas a través de un convenio con la Senad para el programa “Crack, se Puede Vencer”. Además, recibe donaciones y eventualmente algunas plazas son soportadas por familiares, pero en el momento de la inspección este no era el caso de ningún interno. [...] Hay una venta de panes, dulces y pasteles hechos por voluntarios e internos, así como otros artículos de producción artesanal, que se distribuyen localmente y también a otras regiones a través de su sede central en Sao Paulo. (SC 01 - Fazenda da Esperança - Florianópolis)

“ La CT recibe asistencia financiera de algunos organismos públicos. Por ejemplo, del municipio de Campina Grande recibe un bono para el pago de la factura mensual de energía y también el monto de un salario mínimo a la profesional de enfermería. Ya el gobierno del estado es responsable de la cuenta de la compañía de abastecimiento de agua. Se destaca que la manzana donde está instalada la institución también fue una donación de la Municipalidad, por medio de un convenio celebrado en el año 2002. (PB 01 - Fazenda do Sol - Campina Grande)

“ En el escenario de profundas diferencias en cuanto a la formalización entre las comunidades terapéuticas visitadas, todavía hay quienes no tienen documentación y sobreviven de donaciones y el cobro de los internos. La institución no tiene un solo documento. La misionera y la directora declararon que ella está diligenciando la documentación y la construcción del reglamento interno. La institución permanece

con las pocas donaciones de internos y/o sus familiares y los ingresos personales de la misionera. La directora aclaró que, para el buen funcionamiento de la institución, cada interno debe contribuir con R\$ 680.00. Sin embargo, actualmente, hay pocos internos que contribuyen con algo y el valor gira en torno a los R\$300.00. (RN 02 - Dorcas - São José de Mipibu)

El instrumento de contratación utilizado por las prefecturas para la transferencia de recursos es el convenio. Los montos son diferentes de los que pagan los individuos o las familias. No es posible afirmar, a través de los informes, de qué secretarías proceden los recursos municipales.

Finalmente, hubo menciones de donaciones del Tribunal de Justicia de Goiás y Novacap, una autarquía del Distrito Federal- a la comunidad terapéutica inspeccionada en Goiás.

Por lo tanto, la asignación de recursos públicos a las comunidades terapéuticas visitadas es una realidad. La inspección nacional permitió la recopilación de información sobre el origen de estas contribuciones financieras y la identificación del papel que ha cumplido las administraciones estatales y municipales en este tema.

Aunque existen, en algunos casos, previsiones legales, por lo anterior, cuestionamos la capacidad de las comunidades terapéuticas para prestar servicios que pueden ser refrendado por el Estado como política pública. Además, se pregunta si las CTs pueden hacerlo, respetando las líneas generales de las políticas de salud de poblaciones específicas como las de las personas discapacitadas, los niños y los adolescentes, entre otros. Al final del día, la financiación indiscriminada de esas instituciones da lugar a la asignación de recursos públicos a los lugares donde se han identificado violaciones de los derechos humanos.

Cualquier asignación de fondos públicos tendría que ir acompañada de la supervisión y el seguimiento de las prácticas desarrolladas por los beneficiarios de estos fondos, lo que no se identificó en las inspecciones realizadas por esta Inspección Nacional en las Comunidades Terapéuticas. Por último, al asignar recursos a instituciones con un perfil de comunidades terapéuticas, deja de fomentar otras iniciativas, más coherentes con las normas y la legislación de salud pública.

#### **4.10.2 Montante de recursos**

Durante las inspecciones se solicitó la información sobre los montantes recibidos por las comunidades terapéuticas de entidades públicas y privadas, pero en general las respuestas no fueron específicas. Aun así, los datos recopilados

por las inspecciones proporcionan elementos para un panorama parcial de los montantes de recursos destinados a estos establecimientos.

“ La comunidad terapéutica recibe, mensualmente, fondos públicos de la Secretaría Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) en un monto de R\$ 10.000,00 y la Superintendencia de Políticas sobre Drogas del Estado de Minas Gerais (Supod), un monto de R\$ 12.500,00. Además de las donaciones y pagos de los familiares, de acuerdo con sus posibilidades, en un monto mensual de R\$ 500,00 hasta R\$ 1.000,00. (MG 06 - Nova Jerusalém - Uberaba)

“ La financiación de la unidad se realiza a través de dos convenios públicos. Uno de ellos, con el Gobierno del Distrito Federal, a través del Consejo de Política sobre Drogas del Distrito Federal (Conen/DF), que financia 50 plazas. El otro convenio, realizado con la Senad del Gobierno Federal, financia 28 plazas. Por cada plaza se trasladan R\$ 1.000,00. No hay ningún cargo para los internos o sus familias; todo el servicio es gratuito. Algunas familias donan fondos, pero no hay mensualidad. (DF 01 - Caverna do Adulão - Planaltina)

“ Según el informe del coordinador de la CT, los familiares de los internos financian las internaciones, cuando sea el caso de internación involuntaria. Según el coordinador, la cuota mensual varía de R\$ 1.000,00 a R\$1.800,00. En los casos de internaciones obligatorias, por regla general, existe la determinación judicial de bloquear una cantidad de recursos públicos suficientes para el costo del tratamiento, con la identificación de la entidad a la que debe dirigirse el adolescente. La CT Recomeço recibió R\$ 51.400,00 en un período de menos de dos meses. (MT 01 - Recomeço - Cuiabá)

“ La capacidad de la acogida es de 36 plazas, así distribuidas: Son 10 a través de la Senad; 15 a través de la Tarjeta Alianza (no han recibido) y hay un total de 11 para plazas sociales. Actualmente, hay 17 lechos ocupados, todos voluntarios. La comunidad terapéutica recibe recursos del municipio de Uberlândia, un subsidio anual de R\$87.684,00. De la Senad, recibe R\$120.000,00 al año. (MG 01 - Nova Criatura - Uberlândia)

“ Según la información de la dirección, la comunidad terapéutica recibe recursos públicos del Gobierno Federal, a través de la Senad, y del Gobierno Estatal, a través del Programa Alianza por la Vida, y algunas personas privadas de libertad pagan la mensualidad para permanecer internadas. Sin embargo, durante la entrevista, el director se esquivó bastante en responder a las preguntas relacionadas con la forma de financiación, a menudo afirmando que no poseía este tipo de información o proporcionaba respuestas contradictorias. Es decir, él no nos proporcionó información “segura” en este sentido [...] Se solicitaron copias de los convenios y él alegó que esos documentos se encontraban en la oficina de la Comunidad Terapéutica y que no tendría acceso a esa información en aquél momento. (MG 09 - Terra Santa - Betim)

La financiación pública de las comunidades terapéuticas ha sido objeto de intensos debates, como se señala en los textos introductorios de este documento. Hay cuestiones en cuanto a la adecuación del tipo de atención ofrecida, sus

bases teóricas y eficacia del tratamiento, así como los horizontes de las políticas sobre drogas y salud mental en general. Por lo tanto, cuando se incorporan a las redes de atención de salud mental, estas instituciones tendrían que cumplir una serie de normas y procedimientos a las que están sometidos los servicios públicos. En este contexto, la recepción de fondos estatales y la incorporación de estos espacios como mecanismos de salud pública son temas que merecen atención y detenimiento – una tarea que requiere la mirada permanente de los órganos de supervisión y control.

Aunque parcial, la información recopilada nos permite identificar signos de desajuste entre los valores recibidos y la prestación de servicios, tanto de recursos procedentes de entidades privadas como públicas. Este desajuste se hace más visible si tenemos en cuenta que gran parte del trabajo de mantenimiento de los espacios -incluyendo el aseo, la preparación de los alimentos, la vigilancia, entre otros – todo se realiza por los mismos internos, y que parte considerable del trabajo de atención y supervisión es llevada a cabo por monitores y voluntarios, cuya precaria situación en términos laborales ya se ha presentado en las páginas anteriores.

#### **4.10.3 Mujeres obligadas a pedir donaciones en lugares públicos**

Por último, en relación con los recursos, se identificó un caso en el que las mujeres privadas de libertad informaron haber sido obligadas a pedir donaciones en lugares para la comunidad terapéutica en lugares públicos, uniformadas. Ellas declararon que se sentían avergonzadas en su dignidad con tal obligación. Algunos señalaron que la camisa las avergonzaba, ya que les permitía ser fácilmente identificadas como usuarias de alcohol y otras drogas, una situación caracterizada como humillante.

“

Las mujeres están obligadas a pasar el día en el centro urbano de Lagoa Santa, vestidas con la camiseta de la comunidad terapéutica, generalmente de dos en dos, para solicitar donaciones, a las puertas de supermercados, panaderías y otros negocios. La práctica muestra que están expuestas a una condición de mendicidad forzada. En este sentido, varias de las entrevistadas dijeron que se sentían humilladas. Una de ellas dijo: “Yo cuidé a mis hijos sin pedir nada a nadie, ahora, en este momento de mi vida, estoy obligada a humillarme, rogando en la puerta del supermercado”. (MG 03 - Fazenda Vitória - Lagoa Santa)

Esta situación, además de la clara afrenta a la dignidad humana, viola específicamente la Ley de Reforma Psiquiátrica, que reafirma los derechos de la persona con trastornos mentales a ser tratada con humanidad y respeto, y con exclusiva finalidad de beneficiar su salud, y estar protegida contra cualquier forma de abuso y explotación (Ley n° 10.216/2001, artículo 2, párrafo único, incisos II y III).



**ANEXO I. LISTA DE LAS  
COMUNIDADES  
TERAPÉUTICAS  
INSPECCIONADAS**



# ANEXO I - Lista de las Comunidades Terapéuticas Inspeccionadas

| Nombre/Dirección  | Fecha  | Instituciones participantes  |
|---|--------|--|
| <b>Caverna do Adulão</b><br>Núcleo Rural Córrego do Atoleiro, Chácara 11-A, Planaltina/DF                         | 17/oct | Consejo Federal de Psicología (CFP); Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT); Ministerio Público Federal en el Distrito Federal (MPF/DF); Red Nacional de Abogados y Abogadas Populares (Renap); Movimiento Pro-Salud Mental del Distrito Federal (Renila - Red Nacional Internúcleos de Lucha Antimanicomial) |
| <b>Salve a Si</b><br>Gleba no 9, Fazenda Salve a Si, Cidade Ocidental/GO  | 16/oct | Consejo Federal de Psicología (CFP); Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT); Ministerio Público Federal en el Distrito Federal (MPF/DF); Red Nacional de Abogados y Abogadas Populares (Renap); Movimiento Pro-Salud Mental del Distrito Federal (Renila)   |
| <b>Associação Nova Criatura</b><br>Rua Nacir Mendes Lima, n° 265, Bairro Morada Nova, Uberlândia/MG               | 18/oct | Ministerio Público Federal en Minas Gerais (MPF/MG); Consejo Regional de Psicología de la 4ª Región (CRP-04); Consejo Regional de Trabajadores Sociales-MG (Cress/MG)  |
| <b>Esquadrão da Vida</b><br>(Sede Administrativa) Rua Angélica Caldeira Brant, 166 - João Gordo, Montes Claros/MG | 16/oct | Consejo Regional de Psicología de la 4ª Región (CRP-04); Consejo Regional de Trabajadores Sociales-MG (Cress/MG)   |
| <b>Fazenda Vitória</b><br>Gleba 45 do Bairro Palmital III, Lagoa Santa/MG   | 16/oct | Ministerio Público Federal en Minas Gerais (MPF/MG); Consejo Regional de Psicología de la 4ª Región (CRP-04); Consejo Regional de Trabajadores Sociales-MG (Cress/MG); Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT)   |

| <b>Nombre/Dirección</b>   | <b>Fecha</b> | <b>Instituciones participantes</b>   |
|---|--------------|--|
| <b>Jovem Maanaim</b><br>Rodovia BR-354, km 762 - Sobradinho, Itamonte/MG (Sede)                           | 16/oct       | Consejo Regional de Psicología 4ª Región (CRP-04); Comisión de Derechos Humanos del Consejo Regional de Psicología de la 4ª Región (CRP-04); Ministerio Público Federal en Minas Gerais (MPF/MG); Foro Minero de Salud Mental (FMSM - Renila)<br>Nota: Posee cuatro unidades, todas ellas visitadas durante la inspección. |
| <b>Nombre/Dirección</b>   | <b>Fecha</b> | <b>Instituciones participantes</b>   |
| <b>Jovem Peniel</b><br>Piedade de Paraopeba, distrito de Suzana, Brumadinho/MG                            | 16/oct       | Consejo Regional de Psicología de la 4ª Región (CRP-04); Ministerio Público Federal en Minas Gerais (MPF/MG); Consejo Regional de Trabajadores Sociales-MG (Cress/MG); Sindicato de los Psicólogos de Minas Gerais (PSIND-MG)  |
| <b>Nova Jerusalém</b><br>BR-262 km 794 - Parque das Gameleiras, núcleo rural Uberaba/MG                   | 17/oct       | Consejo Regional de Psicología de la 4ª Región (CRP-04); Ministerio Público Federal en Minas Gerais (MPF/MG)   |
| <b>Casa de Recuperação Renascer</b><br>BR-265, sem número, zona rural do município de São João Del Rei/MG | 17/oct       | Consejo Regional de Psicología de la 4ª Región (CRP-04); Ministerio Público Federal en Minas Gerais (MPF/MG); Instituto DH: Promoción, Investigación e Intervención en Derechos Humanos y Ciudadanía; representantes de movimientos sociales de la región  |

| <b>Nombre/Dirección</b>  | <b>Fecha</b> | <b>Instituciones participantes</b>  |
|--|--------------|---|
| <b>Casa de Resgate Emanuel<br/>Rodovia BR-146, km 45,<br/>s/n, em Bandeira do Sul,<br/>município vecino a Poços<br/>de Caldas/MG</b> | 17/oct       | Ministerio Público Federal en Minas Gerais (MPF/MG); Consejo Regional de Psicología de la 4ª Región (CRP-04); Consejo Regional de Trabajadores Sociales-MG (Cress/MG); Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT)  |
| <b>Terra Santa<br/>Alameda dos Limoeiros,<br/>nº 232, no bairro<br/>Citrolândia, Betim/MG</b>  | 16/oct       | Ministerio Público Federal en Minas Gerais (MPF/MG); Frente Mineira sobre Drogas y Derechos Humanos (FMDDH); Consejo Regional de Psicología de la 4ª Región (CRP-04); Consejo Regional de Trabajadores Sociales-MG (Cress/MG)   |
| <b>Recomeço<br/>Balneário Leticia, km 12,<br/>na região do Coxipó do<br/>Ouro, Cuiabá/MT</b>   | 17/oct       | Procuraduría Federal de los Derechos del Ciudadano (PFDC/MPF); Ministerio Público Federal en Minas Gerais (MPF/MG); Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT); Consejo Federal de Psicología (CFP); Consejo Regional de Psicología de Mato Grosso (Consejo Regional de Psicología de la 18ª Región (CRP-18); Secretaría de Justicia y Derechos Humanos de Mato Grosso (SJDH/MT) |
| <b>Nombre/Dirección</b>  | <b>Fecha</b> | <b>Instituciones participantes</b>  |

| Nombre/Dirección  | Fecha  | Instituciones participantes   |
|---|--------|---|
| <p><b>Solares</b><br/>Rodovia Emanuel Pinheiro, km 64, distrito Aldeia Velha, Chapada dos Guimarães/MT</p>  | 16/oct | <p>Procuraduría Federal de los Derechos del Ciudadano (PFDC); Ministerio Público Federal en Mato Grosso (MPF/MT); Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT); Consejo Federal de Psicología (CFP); Consejo Regional de Psicología de Mato Grosso (Consejo Regional de Psicología de la 18ª Región (CRP-18); Secretaría de Justicia y Derechos Humanos/MT</p> |
| <p><b>Fazenda Embrião</b><br/><b>Ramal no km 91 na estrada entre a cidade de Castanhal e São Francisco, e Av. Senador Lemos 266-Centro Castanhal/PA</b></p>                               | 16/oct | <p>Consejo Regional de Psicología de la 10ª Región (CRP-10); Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT); Ministerio Público Federal en PA; Colegio de Abogados de Brasil Seccional Pará (OAB-PA); Movimiento de Lucha Antimanicomial de Pará (Renila)</p>  |
| <p><b>Fazenda Esperança</b><br/><b>Rodovia PA-409 - km 05, Estrada para Beja, bairro Jarumã, Abaetetuba/PA</b></p>  | 16/oct | <p>Consejo Regional de Psicología de la 10ª Región (CRP-10); Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT); Ministerio Público Federal en (MPF/PA); Colegio de Abogados de Brasil Seccional Pará (OAB-PA); Movimiento de Lucha Antimanicomial de Pará (Renila)</p>  |
| <p><b>Fazenda do Sol (Assoc. Solidariedade Obleção e Liberdade)</b><br/><b>BR-230, entre as cidades de João Pessoa e Campina Grande / Av. Brasil, 320 - Nações, Campina Grande/PB</b></p> | 16/oct | <p>Ministerio Público Federal en Paraíba (MPF/PB); Defensoría Pública de Paraíba (DP/PB); Consejo Regional de Psicología de la 13ª Región (CRP-13); Consejo Estadual de Derechos Humanos de Paraíba (CEDH-PB); Universidad Federal de Paraíba (UFPB)</p>  |

| Nombre/Dirección   | Fecha  | Instituciones participantes   |
|--|--------|---|
| <b>Clínica Ama</b><br><b>Sítio Ipiranga , S/N Conde/</b><br><b>PB</b>  | 17/oct | Ministerio Público Federal en Paraíba (MPF/PB); Defensoría Pública de Paraíba (DP/PB); Consejo Regional de Psicología de la 13ª Región (CRP-13); Consejo Estadual de Derechos Humanos de Paraíba (CEDH-PB); Universidad Federal de Paraíba (UFPB); Colegio de Abogados de Brasil Seccional Paraíba (OAB-PB)   |
| Nombre/Dirección   | Fecha  | Instituciones participantes   |
| <b>Novo Tempo</b><br><b>Rua Juripiranga, S/N;</b><br><b>loteamento Jardim</b><br><b>Paraíso, Sítio dos Marcos,</b><br><b>Igarassu/PE</b> | 16/oct | Consejo Federal de Psicología (CFP); Consejo Regional de Psicología de la 2ª Región (CRP - 02); Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT); Mecanismo Estatal de Prevención y Combate a la Tortura (MEPCT); Consejo Regional de Enfermería de Pernambuco (Coren-PE); Consejo Regional de Trabajadores Sociales de Pernambuco (Cress-PE); Despacho de Asesoría Jurídica de las Organizaciones Populares (Gajop); Gerencia de Salud Mental de Pernambuco (Gasam/PE); Ministerio Público Federal (MPF-PE) |

| Nombre/Dirección   | Fecha  | Instituciones participantes  |
|--|--------|--|
| <b>Reviver</b><br><b>Estrada de Aldeia, km 14, Rua Projetada, 02 ST 601, s/n lote 8, Recanto Cazuarinas, Paudalho/PE</b> | 16/oct | Consejo Regional de Psicología de la 2ª Región (CRP-02); Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT); Mecanismo Estatal de Prevención y Combate a la Tortura (MEPCT); Consejo Regional de Enfermería de Pernambuco (Coren-PE); Consejo Regional de Trabajadores Sociales de Pernambuco (Cress-PE); Consejo Regional de Farmacia/PE (CRF-PE); Movimiento Despatologiza; Ministerio Público Federal en Pernambuco (MPF-PE) |
| <b>Crisameta</b><br><b>Rua Boa Esperança, 8, Bairro Paraíso, Nova Iguaçu/RJ</b>  | 16/oct | Consejo Regional de Psicología de la 5ª Región (CRP-05); Ministerio Público Federal en Río de Janeiro (MPF/RJ)   |
| <b>Jovem Ebenezer</b><br><b>Rua Vinte e Quatro, 21, Campo Limpo - Seropédica/RJ</b>                                      | 16/oct | Consejo Regional de Psicología de la 5ª Región (CRP-05); Ministerio Público Federal en Río de Janeiro (MPF/RJ)   |
| <b>Cerena</b><br><b>Av. Dr. Severiano Lopes da Silva, 147, Povoado de Lagoa do Bonfim, Nísia Floresta/RN</b>             | 16/oct | Consejo Regional de Psicología de la 17ª Región (CRP-17); Comisión Nacional de Derechos Humanos del Consejo Federal de Psicología (CNDH-CFP); Ministerio Público Federal en Rio Grande do Norte (MPF-RN)   |

| <b>Nombre/Dirección</b>   | <b>Fecha</b> | <b>Instituciones participantes</b>   |
|---|--------------|--|
| <b>Dorcas</b><br><b>Rua Cajazeiras dos Rolins,</b><br><b>200 - Taborda - São Jose</b><br><b>do Mipibu/RN</b>              | 17/oct       | Consejo Regional de Psicología de la 17ª Región (CRP-17); Consejo Federal de Psicología (CFP); Ministerio Público Federal en Rio Grande do Norte (MPF-RN)  |
| <b>Nombre/Dirección</b>   | <b>Fecha</b> | <b>Instituciones participantes</b>   |
| <b>Nossa Senhora Aparecida</b><br><b>Rua Marechal Deodoro, n°</b><br><b>1233 - bairro Areal, Porto</b><br><b>Velho/RO</b> | 17/oct       | Consejo Regional de Psicología de la 20ª Región (CRP-20); Consejo Federal de Psicología (CFP); Consejo Estatal de Derechos Humanos de Rondonia (CEDH-RO); Ministerio Público Federal en Rondonia (MPF-RO)  |
| <b>Porto da Esperança</b><br><b>BR-364 km 28 no</b><br><b>município de Candeias do</b><br><b>Jamari/RO</b>                | 16/oct       | Consejo Regional de Psicología de la 20ª Región (CRP-20); Consejo Federal de Psicología (CFP); Consejo Estatal de Derechos Humanos de Rondonia (CEDH-RO); Ministerio Público Federal en Rondonia (MPF-RO)  |
| <b>Fazenda Esperança</b><br><b>Rua Rosa, 1764 - Pantanal</b><br><b>do município de</b><br><b>Florianópolis/SC</b>         | 16/oct       | Consejo Regional de Psicología de la 12ª Región (CRP-12); Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT); Ministerio Público Federal en Santa Catarina (MPF-SC);<br>Pro-comité de Prevención y Combate a la Tortura de Santa Catarina |

| Nombre/Dirección   | Fecha  | Instituciones participantes   |
|--|--------|---|
| <b>Recanto da Paz</b><br><b>Estrada Municipal, s/n,</b><br><b>Bairro Pires, Chácara</b><br><b>Oscar Potechi, Limeira/SP</b>                            | 16/oct | Consejo Regional de Psicología de la 6ª Región (CRP-06); Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT); Ministerio Público de Sao Paulo (MPF-SP); Defensoría Pública del Estado de Sao Paulo (DP-SP); Consejo Regional de Medicina del Estado de Sao Paulo (Cremesp); Consejo de Derechos Humanos del Municipio de Limeira  |
| <b>Recanto Vida Nova</b><br><b>Rua Lázaro Balduino de</b><br><b>Camargo, nº 250, bairro</b><br><b>Sebandilha, zona rural de</b><br><b>Mairinque/SP</b> | 17/oct | Consejo Regional de Psicología de la 6ª Región (CRP-06); Comisión Nacional de Derechos Humanos del Consejo Federal de Psicología (CNDH-CFP); Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT); Ministerio Público de Sao Paulo (MPF-SP); Defensoría Pública del Estado de Sao Paulo (DP-SP); Consejo Regional de Medicina del Estado de Sao Paulo (Cremesp); Locos por el Mundo; Foro de Lucha Antimanicomial de Sorocaba (Flamas) |

**ANEXO**

# **II. PARTICIPANTES EN LAS INSPECCIONES**



# ANEXO II - PARTICIPANTES EN LAS INSPECCIONES

|       | NOMBRE   | INSTITUCIÓN   |
|-------|--|---|
| DF/GO | Paulo Roberto Martins Maldos   | Consejo Federal de Psicología (CFP)   |
|       | Rafael Barreto de Souza Ana<br>Cláudia Nery Camuri   | Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT)   |
|       | <b>Miembros:</b><br>Marcia Brandão Zollinger<br>Eliana Pires Rocha   | Ministerio Público Federal (MPF)  |
|       | Denise da Veiga Alves  | Red Nacional de Abogadas y Abogados Populares (Renap)   |
|       | Vivianni Gama Jaqueline Marques  | Movimiento Pro-Salud Mental del Distrito Federal - Núcleo de la Red Nacional Internúcleos de la Lucha Antimanicomial (Renila) |
|       | Fábio Levino de Oliveira   | Núcleo de Defensa de los Derechos Humanos de la Defensoría Pública del Distrito Federal                                       |
| MG    | Odila Maria Fernandes Braga<br>Felipe Viegas Tameirão<br>Ernane Maciel<br>Mariana Lúcia Ferreira<br>Waldomiro Salles<br>Eriane Sueley de Souza Pimenta<br>Délcio Fernando Guimarães Pereira<br>Vanessa Maria de Almeida<br>Flávia Santana da Silva<br>Helena Abreu Paiva<br>Cláudia Regina Ferreira de Carvalho Dias<br>Filippe de Mello Lopes<br>Angelaine Alves dos Santos<br>Letícia Gonçalves<br>Yghor Queiroz Gomes<br>Claudia Natividade | Consejo Regional de Psicología de la 4ª Región (CRP-04)   |
|       | Ana Lúcia Martins Kamimura<br>Priscilla Victoria Rodrigues<br>Fraga Sarah Edneli Leite Ferreira<br>Denise de Cássia Cunha Andressa<br>Almeida F. Alves Natália Darck   | Consejo Regional de Trabajadores Sociales de Minas Gerais (Cress)   |

|    | NOMBRE  | INSTITUCIÓN  |
|----|---|--|
| MG | <b>Miembros:</b><br>Daniela Batista Ribeiro Edmundo<br>Antônio Dias Netto Junior Felipe<br>Augusto de Barros C. Pinto<br>Frederico Pellucci Helder Magno da<br>Silva Leonardo Andrade Macedo<br>Lucas de Moraes Gualtieri Ludmila<br>Junqueira Duarte Oliveira<br><b>Soporte técnico:</b><br>Afonso Vitor Fleury Teixeira Bianca<br>Rabelo De Melo Meire Ferreira<br>Caetano Dias Raquel Portugal Nunes<br>Rogerio Borsaro Monteiro Wilson<br>Bernardino de Macedo Neto | Ministerio Público<br>Federal (MPF)  |
|    | Fernanda Machado Givisiez   | Mecanismo Nacional de<br>Prevención y Combate<br>a la Tortura (MNPCT)  |
|    | Lourdes Aparecida Machado   | Sindicato de las/los Psicólogas<br>y Psicólogos (PSIND-MG)   |
|    | Isabella Cristina Barral Faria Lima   | Instituto DH   |
|    | Fellipe Emanoel Dinalli   | Movimientos sociales   |
|    | Ematuir Teles de Souza  | Consejo Federal de<br>Psicología (CFP)   |
|    | Rosalina Martins Teixeira   | Foro Minero de Salud Mental<br>(FMSM)/Red Nacional<br>Internúcleos de la Lucha<br>Antimanicomial (Renila)                  |
|    | Guilherme Fernandes de Melo   | Frente Minera sobre Drogas y<br>Derechos Humanos (FMDDH)   |
| MT | Morgana Moreira Moura   | Consejo Regional de Psicología<br>de la 18ª Región (CRP-18)  |
|    | Zeni Luersen  | Comisión de Derechos<br>Humanos y Políticas<br>Públicas del Consejo<br>Regional de Psicología de<br>la 18ª Región (CRP-18) |
|    | Rhegysmere Myriam Rondon Alves  | Consejo Regional de Psicología<br>de la 18ª Región (CRP-18)  |
|    | Marcos Antônio Julkovski  | Superintendencia de<br>Políticas sobre Drogas  |
|    | <b>Miembros:</b><br>Deborah Duprat<br>Vinícius Alexandre Fortes de Barros<br><b>Soporte técnico:</b><br>Márcia Caldas   | Ministerio Público<br>Federal (MPF)  |

|  | NOMBRE  | INSTITUCIÓN  |
|--|---|--|
| MT   | Rogério Giannini  | Consejo Federal de Psicología (CFP)  |
|  | Lúcio Costa   | Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT)                        |
| PA   | Luiz Romano da Motta Araújo<br>Neto Nara De Bastiani Paixão   | Consejo Regional de Psicología de la 10ª Región (CRP-10)                               |
|  | Esther Sousa  | Movimiento de la Lucha Antimanicomial - PA (Renila)                                    |
|  | José Araújo Neto  | Comisión de Derechos Humanos del Colegio de Abogados de Brasil Seccional Pará (OAB-PA) |
|  | <b>Miembros:</b><br>Felipe de Moura Palha e Silva   | Ministerio Público Federal (MPF)   |
|  | <b>Soporte técnico:</b><br>Rafaela Ribeiro Mitre Helena Palmquist   |  |
|  | Luz Arinda Barba Malves   | Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT)                        |
|  | Leandro Roque<br>Leilane Cristina Oliveira Pereira<br>Rebecka Wanderley Tannus<br>Pollyana Calixto da Silva | Consejo Regional de Psicología de la 13ª Región (CRP-13)                               |
|  | Maria dos Remédios Mendes Oliveira  | Defensoría Pública del Estado / PB   |
|  | Guiany Campos Coutinho Luiz Nunes   | Consejo Estatal de Derechos Humanos de Paraíba (CEDH-PB)                               |
|  | João Bosco Francisco do Nascimento  | Consejo Estatal de Derechos Humanos de Paraíba (CEDH-PB) y Pastoral Carcelaria / PB    |
| <b>Miembros:</b><br>José Godoy Bezerra de Souza  | Ministerio Público Federal (MPF)  |  |
| <b>Soporte técnico:</b><br>Raíssa Félix de Souza |   |  |
| PB   | Olivia Almeida  | Universidad Federal de Paraíba (UFPB) / Movimiento de la Lucha Antimanicomial          |
|  | Daniel Adolpho Daltin Assis   | Militante en Salud Mental y Derechos Humanos   |
|  | Raphael Medeiros  | Colegio de Abogados de Brasil Seccional Paraíba (OAB-PB)                               |
|  | <b>Miembros:</b><br>Duciran Van Marsen Farena Mona<br>Lisa Duarte Abdo Azis Ismail                          | Ministerio Público Federal (MPF)   |

|                  | <b>NOMBRE</b>   | <b>INSTITUCIÓN</b>   |
|------------------|---|--|
| <b>PB</b>        | José Hermes Azevedo Júnior Priscilla Gadelha Moreira Ana Maria Christine Lima da Silva Maria da Conceição L. y Silva Vinícius Suares de Oliveira  | Consejo Regional de Psicología de la 2ª Región (CRP-02)              |
| <b>PE</b>        | Luis Gustavo Magnata Silva Phillipe Gomes Ferreira de Oliveira Percio Negromonte de Oliveira Filho Eduardo Jorge de Menezes Correia Simone Figueiredo Ferreira                                | Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT)      |
|                  | Eline Barbosa da Nóbrega Ramos Maria Angélica de F. Teles   | Consejo Regional de Enfermería de Pernambuco (Coren)                 |
|                  | Márcia Maria Rodrigues de L. Cavalcanti   | Consejo Regional de Trabajadores Sociales 4ª Región (Cress)          |
|                  | José Maurício Almino  | Consejo Regional de Farmacia   |
|                  | Patrícia de Oliveira Guimarães  | Movimiento Despatologiza   |
|                  | Paulo Aguiar  | Consejo Federal de Psicología (CFP)                                  |
|                  | Rita de Cássia Acioli Barbosa   | Gerencia de Salud Mental del Estado (Gasam)                          |
|                  | Josimar Ferreira de Souza   | Despacho de Asesoría Jurídica a las Organizaciones Populares (Gajop) |
|                  | Diva Lúcia Gautério Conde Roberto Stern   | Consejo Regional de Psicología de la 5ª Región (CRP-05)              |
| <b>RJ</b>        | <i>Miembros:</i><br>Ana Padilha de Oliveira Sérgio Gardengui Suiama   | Ministerio Público Federal (MPF)                                     |
|                  | <i>Soporte técnico:</i><br>Viviane Magno Ribeiro  |  |
|                  | Roberta Priscilla Brasilino Barbosa   | Consejo Federal de Psicología (CFP)                                  |
| <b>RN<br/>RN</b> | Daniela Bezerra Rodrigues Franklin Horácio Soares de Castro Fernanda Cavalcanti de Medeiros Alysson Zenildo Costa Alves Alex Reineck de Alverga Kaynelly Souza de Melo Bruno Carvalho Pereira | Consejo Regional de Psicología de la 17ª Región (CRP-17)             |
|                  | <i>Miembros:</i><br>Caroline Maciel da Costa Lima da Mata   | Ministerio Público Federal (MPF)                                     |
|                  | Maria de Jesus Moura  | Consejo Federal de Psicología (CFP)                                  |
|                  | Ana Cristina Silva Romão Anderson Júnior Ferreira Martins   | Consejo Regional de Psicología de la 20ª Región (CRP-20)             |
|                  | Thiago Soares Sitta   | Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT)      |

|           | <b>NOMBRE</b>  | <b>INSTITUCIÓN</b>  |
|-----------|--|---|
| <b>RO</b> | <i>Miembros:</i><br>Daniela Lopes De Faria Raphael<br>Luis Pereira Bevilaqua<br><i>Soporte técnico:</i><br>Afonso Perea Monteiro Neto<br>Aryanne Pereira De Freitas  | Ministerio Público Federal (MPF)                                |
|           | Welmo Edson Nunes Rodrigues<br>Ricardo da Silva Rodrigues  | Defensoría Pública de la Unión (DPU)                            |
|           | Jureuda Duarte Guerra  | Consejo Federal de Psicología (CFP)                             |
|           | Nasser Haidar Barbosa Lucila de Castro Neves Yara Maria Moreira de Faria Hornke  | Consejo Regional de Psicología de la 12ª Región (CRP-12)        |
| <b>SC</b> | Bárbara Coloniese Márcia Maia  | Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT) |
|           | <i>Miembros:</i><br>Claudio Valentim Cristani<br>Maurício Pessutto   | Ministerio Público Federal (MPF)                                |
|           | Adriellen Ribeiro  | Consejo Municipal de Derechos Humanos de Limeira                |
|           | Carla Linarelli  | Abraza Raps Campinas  |
|           | Catarina Pedroso   | Psicóloga, especialista invitada.                               |
|           | José de Ribamar Araújo e Silva   | Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura (MNPCT) |
|           | Christina Zeppini Ione Aparecida Xavier Karina Torri Delgado Lívia Dalberto Mariana Satie Kitahara Reginaldo Branco da Silva Regiane Aparecida Piva Rodrigo Presotto | Consejo Regional de Psicología de la 6ª Región (CRP-06)         |
| <b>SP</b> | Davi Quintanilha Azevedo<br>Elaine Moraes Ruas Mariana Figueiredo Mathias Glens  | Defensoría Pública  |
|           | <i>Miembros:</i><br>Lisiane Cristina Braecher  |   |
|           | <i>Soporte técnico:</i><br>Pedro Eduardo Kakitani<br>Rodrigo Baptista Sepriano   | Ministerio Público Federal (MPF)                                |
|           | Maria Orlene Daré  | Consejo Federal de Psicología (CFP)                             |
|           | Mauro Crippa Júnior  | Consejo Regional de Medicina del Estado de Sao Paulo (Cremesp)  |
|           | Sérgio Augusto Garcia  | Foro de la Lucha Antimanicomial de Sorocaba (Flamas)            |

