

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SAÚDE MENTAL /ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS PARA DEFENSORAS (ES) PÚBLICAS (OS) E EQUIPES TÉCNICAS DAS DEFENSORIAS PÚBLICAS**

**ESTE PROTOCOLO CONTÉM ORIENTAÇÕES A SEREM UTILIZADAS PELAS (OS) DEFENSORAS (ES) PÚBLICAS (OS) E EQUIPES TÉCNICAS DAS DEFENSORIAS PÚBLICAS PARA ATUAÇÃO: NO FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL; EM CASOS INDIVIDUAIS DE PEDIDOS DE INTERNAÇÃO; NA NOTIFICAÇÃO DA DEFENSORIA EM CASOS DE INTERNAÇÃO; E ORIENTAÇÕES SOBRE FISCALIZAÇÃO EM INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO OU INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

*Primeira minuta aprovada durante o seminário de capacitação em direitos humanos, saúde mental e política de drogas ocorrido por meio virtual entre os dias 24 a 28 de maio de 2021. Segunda minuta aprovada durante o seminário de capacitação “A Defensoria Pública no fortalecimento das Redes de Atenção Psicossocial - possibilidades de atuação”, ocorrido por meio virtual entre os dias 25 de maio a 22 de junho de 2021. Terceira minuta aprovada na reunião ordinária da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana do Conselho Nacional das Defensoras e Defensores Públicos-Gerais em reunião ordinária ocorrida em 26 de novembro de 2021 em São Paulo - SP.*

**Setembro de 2022**

## APRESENTAÇÃO

Não são raros os casos em que Defensoras e Defensores Públicos se deparam com demandas de pessoas, em privação de liberdade ou não, que buscam internações por questões de saúde mental e/ou decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas<sup>1</sup>. Essas pessoas, muitas vezes, comparecem diretamente ao atendimento inicial da Defensoria Pública.

Assim, pela falta ou desconhecimento da rede de assistência territorial - e em liberdade -, situações de urgência ou emergência (crise, tentativas de suicídio, agressões severas contra familiares) redundam em internação que, não raras vezes, voltarão a ser realizadas. Em outras situações, pela desinformação, as famílias acreditam que a internação, no modelo hospitalar ou de “clínicas”, é a única solução possível para casos de necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas e/ou de questões de saúde mental (esquizofrenias e outras psicoses, transtorno afetivo bipolar, transtornos de espectro autista, demências etc.).

Não se pode ignorar também que o desconhecimento ou informações equivocadas, sobre quais são os tratamentos existentes e indicados, bem como a falta ou a insuficiência da rede de atenção psicossocial, ou seja, a falta de suporte do Estado às famílias, deixa-as em situação de desespero e desamparo. Também adoecidas pela situação, e sem informações sobre quais são os tratamentos adequados, buscam internações de seus familiares que são realizadas sem critérios de saúde ou científicos adequados. Aliado a tudo isso, a falta de informação é recorrente e é comum a internação em locais como Comunidades Terapêuticas, as quais têm vedação legal para prestar tal serviço.

Sobre as Comunidades Terapêuticas, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), no “Relatório sobre a Situação de Direitos Humanos no Brasil de 2021” recorda que não está cientificamente comprovado que a privação da liberdade das pessoas que consomem drogas em centros hospitalares contribua para a sua efetiva reabilitação<sup>2</sup>. Dessa

---

<sup>1</sup> A escolha pelo termo “uso prejudicial”, em detrimento dos termos “uso abusivo” ou “uso problemático”, deu-se em razão do entendimento de que tal termo é menos estigmatizante, sendo o mais utilizado sob a perspectiva de redução de danos.

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud, Principios de tratamiento de personas drogodependientes, março de 2008.

forma, a CIDH reitera a importância de promover alternativas à privação de liberdade de pessoas que façam uso prejudicial de drogas, mediante tratamentos de tipo ambulatorial, que evitem a institucionalização das pessoas e que permitam uma abordagem dessa questão desde um enfoque de saúde e direitos humanos<sup>3</sup>.

Ademais, não são incomuns notícias de iniciativas de internação compulsória em massa ou coletiva de pessoas em situação de rua, as quais configuram grave violação de direitos humanos. Também constituem uma prática higienista, violando o direito à liberdade e à igualdade perante a lei.

O presente protocolo se volta a dar instrumentos a defensores/as e demais profissionais nas Defensorias Públicas para lidar de maneira adequada com políticas públicas de saúde mental e de tratamento de pessoas que têm necessidades decorrentes de questões de saúde mental e/ou do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Espera-se que esse documento, indicador do compromisso institucional primordial com a defesa dos Direitos Humanos, traga contribuições às Defensorias Públicas em atuação pelo país no seu exercício cotidiano.

## **PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA DEFENSORAS(ES) PÚBLICAS(OS) E EQUIPES TÉCNICAS EM SAÚDE MENTAL/NECESSIDADES DECORRENTES DO USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

A Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana, a Comissão Especializada de Saúde, a Comissão Nacional de Execução Penal do CONDEGE e a Defensoria Pública da União, formulam o presente **PROTOCOLO DE ATUAÇÃO**<sup>4</sup> aos profissionais atuantes em

---

<sup>3</sup> COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. CIDH, Informe sobre medidas dirigidas a reducir el uso de la prisión preventiva en las Américas, OEA/ Ser.L/V/II.163 Doc. 105, 3 de julho, parágrafo 155.

<sup>4</sup> O presente protocolo foi inicialmente construído em diálogo com as Ongs Social Science Research Council (SSRC) e o Desinstitute, organizadores do Seminário de Capacitação em Direitos Humanos, Saúde Mental e Política de Drogas Ocorrido por Meio Virtual entre os dias 24 a 28 de maio de 2021 com público-alvo defensores/as. Foi aberta consulta pública para envio de contribuições da sociedade civil de 15/02/2022 até

Defensorias Públicas, com o intuito de aprimorar, uniformizar e fortalecer a atuação institucional das Defensorias Públicas em todo país no âmbito da Atenção à Saúde Mental, propondo-o nos seguintes termos:

## **PARTE I - ORIENTAÇÕES SOBRE A ATUAÇÃO ESTRATÉGICA NO FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)**

### ***Diagnóstico***

1. Para levantamento de informações sobre a situação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pelo(a) Defensor(a) Público(a), ou órgão com atribuição para tanto, orienta-se a elaboração de um **OFÍCIO** com solicitação de informações, de maneira a questionar as Secretarias de Saúde locais e o Ministério da Saúde, ou suas representações regionais, no que couber, sobre os seguintes pontos:

1.1. A quantidade dos seguintes equipamentos, a especificação das respectivas equipes técnicas existentes, com detalhamento da forma de contratação, no Município ou Região:

- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), especificando suas modalidades e eventual quantitativo de leitos<sup>5</sup>;
- Unidades de Acolhimento (UAs)<sup>6</sup>, especificando o número de vagas e eventual fila de espera para acesso ao serviço;

---

28/03/2022, além de trabalhadores/as da rede psicossocial e de universidades, que enviaram contribuições individuais, o Desinstitute e o Fórum Mineiro de Saúde Mental também contribuíram com o presente protocolo.

<sup>5</sup> CAPS I (modalidade do serviço indicada para cidades com 15 mil a 70 mil habitantes); CAPS II (modalidade do serviço indicada para cidades com 70 mil a 150 mil habitantes); CAPS III (modalidade do serviço indicada para cidades com população acima de 150 mil habitantes); CAPS Ad (modalidade de serviço especializada para atendimento de necessidades decorrentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas, indicada para cidades com população acima de 70 mil habitantes); CAPS Ad IV (modalidade de serviço especializada para atendimento de necessidades decorrentes do abuso de substâncias psicoativas, indicada para cidades com população acima de 500 mil habitantes e/ou cenas abertas de uso), e; CAPS i (modalidade de serviço especializada para atendimento de crianças e adolescentes, indicada para cidades com população acima de 70 mil habitantes). Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde. Destaca-se que apenas CAPS nas modalidades III e IV possuem leitos.

<sup>6</sup> Estas são serviços que oferecem acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pacientes com transtornos decorrentes do abuso de substâncias, que dependam dessa modalidade de atenção e não possam provê-la, em razão de sua situação de vulnerabilidade social e/ou familiar. Confira o Anexo V da Portaria de Consolidação n° 3/2017 do Ministério da Saúde.

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), especificando suas modalidades e quantitativo de vagas em cada tipo de SRT, além de eventual fila de espera para acesso ao serviço<sup>7</sup>;
- Equipes de Consultório na Rua (vinculadas à Atenção Básica<sup>8</sup>), especificando o número de usuários atendidos mensalmente;
- Equipes de Programa de Saúde da Família (PSF) que atendem pessoas em sofrimento mental<sup>9</sup> e em uso prejudicial de álcool e outras drogas<sup>10</sup>;
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com protocolo de atendimento em saúde mental;
- Ambulatórios de Saúde Mental\*<sup>11</sup>;
- Leitos em Hospitais Dia
- Leitos de saúde mental em Hospital Geral;
- Leitos em Hospitais Psiquiátricos (HP)\*<sup>12</sup>;

<sup>7</sup> Observe que as Residências Terapêuticas, equipamento de saúde, são diversas das Residências Inclusivas, que são equipamentos da assistência social, mas muitas vezes a primeira é utilizada na falta da segunda de maneira contrária à política. As SRTs são moradias ou casas inseridas na comunidade, com caráter de serviço de saúde público, voltados ao acolhimento de pacientes egressos de hospitais psiquiátricos (Inclusive pacientes egressos de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico) ou regimes de internação psiquiátrica prolongada (ou seja, de um ano ininterrupto ou mais anos), em razão dos quais acabaram por desenvolver grave dependência institucional. Sobre as SRTs, confira a Portaria MS nº 2.840, de 29/12/2014. Também não confundir com Comunidades Terapêuticas, confira neste documento o conceito e especificações.

<sup>8</sup> O “Consultório **na** Rua” e o “Consultório **de** rua” (vinculadas à saúde mental) eram modalidades técnicas e conceituais distintas, após a Portaria 122/2011 do Ministério da Saúde subsiste apenas o “Consultório **na** Rua” (eCR).

<sup>9</sup> Para conferir densidade à gramática dos direitos humanos, optou-se, durante o texto, pela expressão “pessoa em sofrimento mental”, em detrimento de “pessoa com transtorno mental”, visto que esta última tem viés patologizante, remetendo a um histórico de preconceito e estigma.

<sup>10</sup> É necessária uma efetiva cobertura de Atenção Primária em Saúde da população adscrita no território, ou seja, todo município deve ter uma unidade de ESF para cada 3.500 a 5.000 pessoas, a fim de que toda equipe de Atenção Primária em Saúde, dê também cobertura longitudinal para usuários com demanda de saúde mental, ou ainda para o componente da saúde mental estar no protocolo cotidiano de cuidados da população.

<sup>11</sup> Os Ambulatórios de Saúde Mental, geralmente, não abordam as questões de saúde mental com a transversalidade necessária, e costumam focar a atenção oferecida na oferta de consultas psiquiátricas associadas ou não à psicoterapia. Assim, neste cenário geral de precariedade, quando da Reforma Psiquiátrica, optou-se pela substituição dos ambulatórios pelos CAPS, que atenderiam casos complexos. Todavia, em muitos locais os ambulatórios continuaram a existir, não se transformando em CAPS e, por pressão política, acabaram sendo incorporados novamente à RAPS em 2017 (Portaria nº 3.588/2017 do MS).

<sup>12</sup> Em relação aos Hospitais Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas, embora sejam equipamentos manicomial e contrariem a própria lógica de funcionamento da RAPS, em 14 de dezembro de 2017, a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS) reuniu-se e foi aprovada, **sem debates e participação popular efetiva**, a Resolução n. 32/2017, a qual introduziu os leitos em hospitais psiquiátricos (HPs) na RAPS. No entanto, destaca-se que é expressamente vedada a criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos, conforme o próprio art. 10 da Portaria nº 3.588/2017 e art. 5º da Resolução n. 32/2017 do MS, sendo flagrante ilegalidade eventual previsão de criação ou ampliação dos referidos leitos em Planos Regionais ou Municipais.

- Vagas em Comunidades Terapêuticas (CT)<sup>13\*</sup>;
- Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) com apoio em saúde mental<sup>14</sup>;
- Centro de Convivência em Saúde Mental;
- Projetos de Inclusão Produtiva em Saúde Mental, a exemplo de associações de geração de renda;

1.2. Se há planejamento para expansão e instalação de novos equipamentos, segundo normativas existentes;

1.3. Se há Plano de Ação Regional e Municipal para expansão da RAPS e como está o seu cumprimento: se há verbas já liberadas (quando/quais/valores) pelo Ministério da Saúde, e recebidas pelo Estado ou Município para execução de serviços e/ou equipamentos da RAPS não executados (Data do recebimento, valores, destinação e justificativa da não execução);

1.3.1. Caso inexistente, o motivo da não pactuação de um Plano de Ação Regional para a expansão da RAPS, em descumprimento expresso do art. Art. 11, parágrafo segundo, c/c art. 14, I, c, do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde e do item II da Deliberação CIB nº 87/2012;

1.3.2. Se, a despeito da falta de Plano de Ação Regional, foram designados, conforme as exigências do art. 14, III, do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 e do item II da Deliberação CIB nº 87/2012, Grupos Condutores Regional e Municipal do processo de expansão e gestão da RAPS;

1.3.3. Se houve implementação de equipamentos da RAPS no Município desde 2011 e/ou a partir de que ano, ainda que na ausência de um Plano de Ação Regional que orientasse tal implementação;

1.3.4. Se existem outros planos de implementação de equipamentos da RAPS no Município, para além do Plano de Ação Regional (frisando, neste ponto, a determinação do art. 14, I, do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017, de que seja elaborado Plano de Ação Municipal após a pactuação do Plano Regional);

---

<sup>13</sup> Em relação às CTS, essas foram inseridas como pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Residencial de Caráter Transitório (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, conforme o artigo 9º, II do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde).

<sup>14</sup> Ressalte-se que desde 2019 não são mais financiados como outrora, de acordo com a Nota Técnica da Secretaria Adjunta de Atenção Primária do Ministério da saúde -SAPS/MS Nº3/2020 – revogou o NASF AB, e deste modo muitos municípios não têm mais tal apoio, pois o governo federal flexibilizou esse programa além de modificar (negativamente) o financiamento.

1.4. Qual o orçamento e como está a execução orçamentária da política de saúde mental e de álcool e outras drogas, nos últimos 5 (cinco) anos e por modalidade de serviço / ponto de atenção da RAPS;

1.4.1. Se as implementações de CAPS III, CAPSad III e CAPSi (bem como de Unidades de Acolhimento, de leitos psiquiátricos e de SRTs, caso se constate a insuficiência desses equipamentos) estão previstas na Lei Orçamentária Anual e no Plano Plurianual do Município e, em caso positivo, se os respectivos empenhos previstos já foram realizados;

1.4.2. Se as previsões de despesa trazidas no Plano de Ação Regional:

(i) foram atribuídas como responsabilidade de alguma entidade federativa ou órgão da Administração Pública;

(ii) eram vinculantes à Administração de alguma forma;

(iii) foram deliberadas conjuntamente com a Câmara Municipal e a Assembleia Legislativa ou se eram apenas previsões unilaterais da quantia necessária à expansão prevista, e;

(iv) no ponto específico das previsões de incentivos financeiros, se tais incentivos chegaram a ser pactuados ou negociados com a União (considerando que esse tipo de financiamento, no âmbito do SUS, pode se dar por repasse da União).

1.4.3. Se nos investimentos na RAPS estão previstos recursos humanos, mediante contratação por concurso público, com equipe suficiente para cada modalidade de serviço, além de educação regular e permanente em saúde (conforme Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS 2014 e Política Nacional de Humanização PRT-2003)<sup>15</sup>;

1.5. Quantos atendimentos foram realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em Unidade de Pronto Atendimento e em Hospitais de referência em saúde

---

<sup>15</sup> Os trabalhadores de saúde mental necessitam ser especializados, experientes, e com vínculos protegidos em face dos desafios habituais. Assim, o rodízio de trabalhadores/as não permite o estabelecimento de uma condicionante técnica fundamental que é vínculo terapêutico, além de representar um desperdício de orçamento público, à medida que treinar, habilitar trabalhadores/as requer recurso regular de aplicação. Observar ainda que a inexistência de equipamentos em quantidade suficiente, sem equipe em quantidade e qualidade de atuação eficiente, fragiliza o atendimento em saúde mental. A exemplo disso, observa-se a existência de CAPS que funcionam apenas como ambulatorios, pois a equipe não tem treinamento regular/educação permanente, experiência acumulada e expertise técnica para o cuidado de condições agudas, que acabam gerando demanda de internações desnecessárias, o que também se aplica aos serviços de atenção primária e terciária em saúde, que hoje não conseguem efetivar a inclusão do Componente da Saúde Mental na prática cotidiana de cuidados aos/às usuários/as.

mental, relativos às demandas de saúde mental e os referentes a álcool e outras drogas, inclusive para população em situação de rua, nos últimos 3 anos?

1.6. Quais são os critérios para a internação em leitos psiquiátricos (em Hospital Geral e, se existente, Psiquiátrico - inclusive da rede privada, como “Clínicas Psiquiátricas”<sup>16</sup>) e, no caso de leitos regionais, quais são os critérios para encaminhamento do paciente e como se organiza o fluxo a outros Municípios;

1.7. Qual foi o número de internações psiquiátricas (em Hospitais Gerais e Psiquiátricos) e de encaminhamentos para Comunidades Terapêuticas custeadas pelo Município nos últimos 03 (três) anos e qual foi a quantia total gasta com elas;

1.8. Qual o número de internações compulsórias determinadas pela Justiça, seja na rede pública ou privada, qual a origem de tais demandas, para onde são encaminhados e quanto se gastou com elas nos últimos 03 (três) anos com as internações;

1.9. Qual o número de Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI), se elas são devidamente notificadas ao Ministério Público e acompanhadas pela Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, conforme previsto na portaria 1391/2002 do Ministério da Saúde.

2. Poderá ser solicitado um diagnóstico/parecer técnico da rede de atenção psicossocial à equipe técnica da Defensoria, quando existente, a qual poderá se utilizar de estratégias tais como: entrevistas com usuários/as e profissionais da rede, participação em reuniões da rede e fóruns de discussão, análise dos casos que chegam até a Defensoria, pesquisa bibliográfica, solicitação

---

<sup>16</sup>Conforme o artigo 23-A da Lei 11.343/06, “o tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de **internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União** e articuladas com os serviços de assistência social”. Desse modo, a União, competente por lei para tratar do tema das internações, indicou que podem ocorrer somente em leitos hospitalares (Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde). Não previu, portanto, a existência de estabelecimento de saúde “clínica”, embora tal termo seja popularmente conhecido. Caso se recorra à legislação que trata dos estabelecimentos de saúde e sua regulamentação pela vigilância sanitária, a conclusão é de que o modelo de “clínica” é sinônimo de ilegalidade. Isso porque na Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), o modelo de clínica como local em que há internações voluntárias, involuntárias ou compulsórias com acompanhamento médico não está previsto. O estabelecimento, para assim funcionar (receber internações), deve se adequar às exigências sanitárias para funcionamento de hospital: Atividades de Atendimento Hospitalar – Exceto Pronto-Socorro e Unidades para Atendimento e Urgências (Cnae 8610-1/01) e Atividades de Atendimento em Pronto-Socorro e Unidades Hospitalares para Atendimento a Urgências (CNAE 8610-1/02). (V. [http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/E\\_PT-CVS-04\\_210311\\_ANEXO\\_I.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/E_PT-CVS-04_210311_ANEXO_I.pdf)). Assim, clínicas não podem funcionar, a não ser que cumpram todos os requisitos para funcionamento de um hospital e estejam adotando essa expressão como “nome fantasia”.

de dados de atendimentos envolvendo saúde mental para a Corregedoria da própria Defensoria Pública, etc.

3. Sugere-se, por fim, contato com órgãos do sistema de justiça (Defensoria Pública Estadual ou da União, Ministérios Públicos, Procuradorias, Judiciário), Tribunais de Contas, Conselhos Profissionais (Conselho Regional de Psicologia, Conselho Regional de Serviço Social, Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Enfermagem, entre outros), bem como Conselhos de Direitos (de Saúde, de Álcool e Outras Drogas, Direitos Humanos, Assistência Social, entre outros) e sociedade civil/movimentos sociais da luta antimanicomial para obtenção de informações sobre os principais problemas e iniciativas locais envolvendo questões de saúde mental e de uso de álcool e outras drogas<sup>17</sup>.

### *Visita Técnica*

4. Após a coleta das informações acima elencadas, sugere-se a realização de visita institucional<sup>18</sup> nos equipamentos da atenção psicossocial especializada (CAPS, em suas variadas tipologias), nas estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs) e, também, nos equipamentos da atenção hospitalar (leitos de saúde mental em hospitais gerais), preferencialmente, com apoio de equipe interdisciplinar, a fim de conhecer as necessidades dos serviços e observar a sua adequação com as diretrizes da legislação do Ministério da Saúde, em especial as Portarias GM/MS nº 3.088/2011 (RAPS), 336/2002 (CAPS), 106/2000 (SRTs) e 3.588/2017 (leitos), além de demandas específicas que possam fundamentar a nomeação de profissional de alguma área ou a criação de algum serviço no município ou região.

4.1. Sugere-se que a visita institucional resulte em relatório técnico multiprofissional e interdisciplinar, que pode subsidiar a expedição de recomendações ao gestor municipal de saúde

---

<sup>17</sup> Sugere-se que o/a defensor/a avalie o histórico do/a possível parceiro/a em relação à luta antimanicomial, conforme especificidades regionais, de modo que a atuação conjunta se dê sempre no sentido do fortalecimento da RAPS, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária.

<sup>18</sup> Deve-se observar que se trata de "visita institucional" e não "inspeção" ou "fiscalização", tendo em vista que as equipes técnicas dos serviços são aliadas no fortalecimento da RAPS e podem fornecer informações precisas sobre as deficiências ou demandas específicas do serviço, caso sintam-se realizando trabalho conjunto e não sofrendo fiscalização. Vale ressaltar que a responsabilidade pelas deficiências dos serviços é, a princípio, do gestor municipal de saúde e não das suas equipes técnicas, que também sofrem com as limitações estruturais da RAPS.

para a adequação dos serviços caso sejam constatadas violações de direitos humanos, bem como avaliar se há internações que já ultrapassaram o prazo legal ou prescrito, bem como se a cobertura local e regional é suficiente para a demanda.

### *Articulação Política*

5. Agendamento de reunião com as representações dos movimentos sociais de saúde mental e instituições de ensino superior para obter informações e complementar o diagnóstico já realizado;

6. Articulação e negociação com o poder legislativo e executivo locais, notadamente com os apoiadores em Saúde Mental do Poder Executivo e com as Frentes Parlamentares ou Comissões de Saúde e/ou Direitos Humanos, bem como as entidades parceiras descritas no item 3 e grupos de familiares, profissionais e usuários/as da RAPS e Grupos Condutores Regional e Municipal do processo de expansão e gestão da RAPS, caso existente, para reuniões com o fim de **INCLUSÃO DE DOTACÕES ORÇAMENTÁRIAS ESPECÍFICAS** voltadas à implementação e ao fortalecimento da RAPS, bem como para que seja negociado um projeto de expansão da RAPS no Município que esteja incluída como meta do Plano Plurianual, organizando-se uma rede de fiscalização do cumprimento dos eventuais compromissos assumidos pelos políticos e gestores.

7. A atuação conjunta também pode envolver a realização de audiências públicas, seminários com especialistas, eventos de educação em direito voltado à população, articulação com a imprensa e com a assessoria de comunicação da própria Defensoria para a utilização de redes sociais.

### *Instauração de Procedimento Administrativo*

8. Recomenda-se a instauração de **PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO** para acompanhar o processo de implementação/expansão da Rede de Atenção Psicossocial,

representando, dentre outros, aos seguintes órgãos para apuração de condutas que entender em desacordo com os ditames legais:

- Defensoria Pública do Estado e da União;
- Ministério Público do Estado ou Federal;
- Conselhos de Classe (e.g. CRM, COREN, CRESS, CRP, CREFITO, dentre outros);
- Câmara Municipal e/ou Assembleia Legislativa;
- Tribunal de Contas da União, do Estado ou, onde houver, do Município;
- Conselhos Municipais e Estaduais de Direitos;
- Conselhos Municipais e Estaduais de Políticas Públicas.

9. Sugere-se que o procedimento administrativo seja instruído com a resposta ao pedido de informação realizado conforme o item 1, com o plano de expansão regional e/ou municipal, com os relatórios sobre os casos aportados na Defensorias e demais documentos obtidos com parceiros/as.

#### ***Expedição de Recomendação***

10. A partir do diagnóstico e da visita técnica realizados, o(a) Defensor(a) Público(a) poderá **RECOMENDAR** às Secretarias de Saúde e ao Ministério da Saúde a expansão e a adequação dos serviços/equipamentos da RAPS, conforme normativas existentes e necessidades locais, apresentando o diagnóstico do município e a análise do Plano de Ação Regional e/ou Municipal relativo ao Município em questão (caso existente), recomendando também sua elaboração e/ou implementação, com fixação de prazo para tanto.

#### ***Proposta de Termo de Ajustamento de Conduta***

11. Em caso de negativa de atendimento ou não cumprimento da recomendação expedida, conforme item anterior, poderá ser proposto um **TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDOTA (TAC) ou TERMO DE COMPROMISSO**, em conjunto com o Ministério Público, se for o caso, para que o Município, Estado e União se comprometam a cumprir os termos da Recomendação proposta, ensejando o pagamento de multa em caso de

descumprimento dos compromissos assumidos nos prazos fixados. Recomenda-se a realização de reuniões periódicas, com participação popular e órgãos parceiros, para a efetivação dos termos acordados.

### ***Propositura de Ação Civil Pública***

12. Caso infrutíferas todas as tentativas de composição extrajudicial, poderá ser detidamente analisada a viabilidade de propositura de **AÇÃO CIVIL PÚBLICA** ou de outra medida judicial se ao final dos procedimentos investigatórios for constatada a ausência de adoção de medidas voltadas ao fortalecimento, expansão e adequação dos serviços/equipamentos da RAPS e/ou ao oferecimento de atendimento adequado.

12.1. Poderá ser pleiteado que as Administrações Municipal, Estadual e Federal atuem de maneira a apresentar um Plano de Estruturação da RAPS no Município/Região e, em uma segunda etapa, a implementar esse plano e disponibilizar o serviço público com dignidade aos cidadãos, considerando os equipamentos necessários de acordo com a população e a equipe técnica ideal (Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde<sup>19</sup>).

12.2. Para um efetivo uso estratégico da judicialização, além das negociações prévias, recomenda-se que sejam realizados, pela Defensoria local, mutirões de atendimentos<sup>20</sup> em que se possam colher relatos e potenciais testemunhas para posterior instrução da ação.

12.2.1. É importante também que se crie um registro de todos os atendimentos realizados pela Defensoria que envolvam saúde mental, também para fins de instrução.

12.3. O/a Defensor/a poderá, ainda, realizar audiência pública para ouvir usuários/as da RAPS e seus familiares, profissionais, representações de entidades e de instituições de ensino superior, com elaboração de ata, para instrução da ação civil pública.

---

<sup>19</sup> Dentre as portarias consolidadas, encontra-se a PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017, a qual, apesar de se encontrar em vigência, representa um retrocesso do cuidado em liberdade, incentivando a cultura da hospitalização. Tal normativa foi construída sem diálogo com as associações de usuários, privilegiando especificamente o discurso medicalizante, centrado no tratamento hospitalar, e abrindo espaços para ampliação dos convênios e financiamento de comunidades terapêuticas, em detrimento dos serviços substitutivos da rede de atenção à saúde mental do SUS.

<sup>20</sup> Sugere-se, como local de atendimento, equipamentos como CAPS, Centro Pop, Comunidades Terapêuticas, Enfermarias Psiquiátricas em Hospitais Gerais, Hospitais Psiquiátricos, Residências Terapêuticas (SRTs), Residências Inclusivas (da política de assistência social), Repúblicas ou Unidades de Acolhimento (da Saúde).

12.4. Ainda que tenha havido propositura de ação civil pública, recomenda-se a continuidade da articulação política, com reuniões periódicas, com a gestão e com os movimentos sociais até que haja a implementação da RAPS, de modo a atender as necessidades locais.

### *Atuação Internacional*

13. Cabe, em último caso, analisar a pertinência de acionamento de mecanismos internacionais de proteção dos Direitos Humanos (Sistema Interamericano ou Sistema das Nações Unidas) para apresentação da demanda individual<sup>21</sup>, quando esgotados os recursos internos para solucionar o caso ou havendo demora injustificada, realizando o controle de convencionalidade desde o início de atuação do caso<sup>22</sup>.

## **PARTE II – NOTIFICAÇÃO DA DEFENSORIA EM CASOS DE INTERNAÇÃO**

14. Embora não haja previsão legal expressa de notificação de internação na Lei 10.216/2001 às Defensorias Públicas, considerando a atribuição de atuar em estabelecimentos de internação (art. 108 da LC 80/94), visando o atendimento jurídico permanente de pessoas internadas, o/a Defensor/a Público/a articulará, junto à Coordenação de Saúde Mental do Estado e Município ou equivalente, responsável pela saúde mental no local, para que a Defensoria Pública receba a

---

<sup>21</sup> Apesar da Convenção Interamericana não prever expressamente o acionamento direto para questões envolvendo a maioria dos direitos sociais, há jurisprudência no sentido da indivisibilidade e interdependência dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, sem que haja qualquer hierarquia entre tais categorias, ou até mesmo a aplicação direta (*Caso Lagos del Campo vs. Peru* e *Caso Trabajadores demitidos da Petroperú vs Peru*, *Caso Poblete Vilches vs. Chile*). A Comissão interamericana observa os seguintes precedentes sobre direitos indígenas: *Awás Tingni (índios) x Nicarágua*; *Comunidades afrodescendentes da Bacia do Rio Cacarica x Colômbia*; *Comunidade Indígena Yakye Axa x Paraguai*; *Moiwana x Suriname*; *Povo indígena Xucuru x Brasil (índios). Medida Cautelar 382/10 - Comunidades Indígenas da Bacia do Rio Xingu – Caso da Usina Belo Monte*. No caso do Sistema ONU, o Brasil não reconhece a competência do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais para o recebimento de comunicações individuais, no entanto, é possível submeter relatórios ao Comitê sobre o descumprimento do Pacto Internacional Sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Ademais, é possível analisar eventual cabimento de Comunicações Individuais para os demais Comitês de Tratado de Direitos Humanos da ONU, mormente quando há violação a certos grupos vulnerabilizados (Mulheres, Crianças, Pessoas com Deficiência etc.). Sobre o assunto, confira o Protocolo de Atuação Internacional em casos Individuais para Defensores(as) Públicos(as).

<sup>22</sup> O controle de convencionalidade se relaciona à análise da compatibilidade dos atos internos em face de normas internacionais, podendo ser classificado como: internacional, autêntico ou definitivo, quando atribuído a órgãos internacionais, como os tribunais internacionais de direitos humanos; ou nacional, provisório ou preliminar, quando realizado por tribunais internos. CARVALHO RAMOS, André. *Teoria Geral dos Direitos Humanos na Ordem Internacional*. São Paulo: Saraiva. 4ª ed. 2014. P. 294

notificação de toda e qualquer tipo de internação, voluntária ou involuntária (previstas na Lei 10.216/2001 ou na Lei 13.840/2019).

14.1. Recomenda-se que seja realizado contato com o Ministério Público para o aproveitamento de eventual sistema já existente ou criação de sistema único de notificações;

14.2. É premente a necessidade de que seja instalada a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas nos Estados onde não existam. Entende-se estratégica a criação de tal Comissão, em conjunto com o Ministério Público, aproveitando-se de eventual estrutura já existente para o recebimento das notificações das internações decorrentes de questões envolvendo saúde mental, previstas respectivamente na Portaria nº. 2391/GM/2002 e na lei 10.216/2001. Poderá ainda ser sugerido que tal Comissão analise as internações previstas pela Lei 13.840/2019.

15. O/a Defensor/a ao ser notificado/a<sup>23</sup> em relação a uma internação, acompanhará tais casos, atentando-se para:

15.1. Casos que podem caracterizar como verdadeiras internações involuntárias, mas que por motivos diversos foram classificados erroneamente.

15.2. Casos de Internação Psiquiátrica Voluntária que se tornem involuntária (IPVI).

15.3. Solicitar informações complementares ao autor do laudo e à direção do estabelecimento, bem como realizar entrevistas com o/a internado/a, seus familiares ou quem mais julgar conveniente, inclusive com apoio de especialistas a examinar o/a internado/a, com vistas a oferecerem parecer escrito.

15.4. Atuar para que a presença de deficiência<sup>24</sup>, por si só, não seja elemento autorizador para internações, limitando-se a hipótese de internação a momentos que envolvam risco de morte e emergência em saúde (artigo 12 - reconhecimento igual perante a lei da Convenção Internacional Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência), atentando-se também para o prazo legal ou prescrito para a internação;

---

<sup>23</sup> Conforme disposto na Lei 13.840/2019, Art. 23-A, § 7º, as internações e altas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas deverão ser informadas, em, no máximo, de 72 (setenta e duas) horas, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e a outros órgãos de fiscalização, por meio de sistema informatizado único.

<sup>24</sup> De acordo com o artigo 1 da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007, Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

15.5 Atuar para garantir que a internação tenha sido motivada e acompanhada por equipe de saúde da RAPS<sup>25</sup> ou outro serviço de modalidade aberta (pode-se verificar a data da entrada da pessoa na instituição e a do laudo), buscando que tal equipe mantenha acompanhamento para dar sequência ao tratamento quando ocorrer a alta;

15.6. Zelar para que a internação dure o menor tempo possível e apenas segundo critérios clínicos, assim como para que o prazo legal (art. 23-A, § 5º, inc. III, Lei 13.840/2019) máximo de 90 (noventa) dias para internações por álcool e outras drogas não seja ultrapassado;

15.7. Observar em qual tipo de estabelecimento ocorreu a internação, sendo vedada qualquer modalidade de internação em Comunidades Terapêuticas, ainda que de maneira voluntária (art. 23-A da Lei 13.840/2019)<sup>26</sup> e/ou instituições com características asilares (art. 4, §3 da Lei 10.216/2001), ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º do artigo 4º da Lei 10.216/2001 e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º da Lei 10.216/2001;

15.8. Constatado que não é caso de internação, havendo constrangimento ilegal da liberdade, o/a Defensor/a analisará a medida cabível (por exemplo, obrigação de fazer ou habeas corpus).

### **PARTE III – ATUAÇÃO EM CASOS INDIVIDUAIS DE PEDIDO DE INTERNAÇÃO**

16. Em relação aos casos individuais em que a Defensoria Pública é procurada para que seja realizado o pedido de internação, sugere-se que os/as atendidos/as sejam acolhidos/as, quando possível, em conjunto com a equipe multidisciplinar da Defensoria, de modo que seja articulado com a RAPS local para o encaminhamento formal (por escrito), visando ao acolhimento e à avaliação nos equipamentos adequados do Município.

---

<sup>25</sup> Os CAPS são ordenadores da RAPS no sentido de indicarem o Leito como Procedimento (ou seja indicam quando há necessidade de internação) quando os recursos técnicos, clínicos e de ancoragem para a proteção e cuidado ao usuário forem insuficientes em meio aberto.

<sup>26</sup> Sobre o assunto, vale destacar que o Relatório da Comissão Interamericana de Direitos Humanos sobre a “Situação sobre Direitos Humanos no Brasil” publicado em fev/2021, disponível em <http://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/Brasil2021-pt.pdf> acesso em 13.05.2021, vide págs. 87-91, destina capítulo específico sobre as comunidades terapêuticas no Brasil e referencia expressamente o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas elaborado pelo Ministério Público Federal/Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, pelo Conselho Federal de Psicologia e pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Sobre a internação forçada de preocupação da Comissão Interamericana em seu relatório 2021 sobre o Brasil, a resposta do governo federal “Arquivos da CIDH, Nota de Resposta do Estado brasileiro ao Projeto de Relatório sobre os Direitos Humanos no Brasil, recebida em 22 de dezembro de 2020. p. 48” foi de proibição peremptória para realizar internações voluntárias ou involuntárias.

16.1. Ainda que a rede de serviços de atenção psicossocial seja insuficiente ou mesmo inadequada, a atuação deve se focar na implementação e aperfeiçoamento dos serviços necessários para a atenção integral em saúde, afastando-se de pedidos de internação contra a pessoa em sofrimento mental severo e/ou em uso abusivo de álcool e outras drogas para o Poder Judiciário. Ao mesmo tempo, os dispositivos municipais e regionais da rede SUS e SUAS devem ser provocados a responderem de maneira articulada às necessidades de saúde mental da pessoa em sofrimento e seus familiares.

16.2. Devem ser ofertados encaminhamentos aos familiares a fim de que o tratamento multidisciplinar e psicossocial se estenda a eles. Sugere-se buscar que os cuidados à família sejam incluídos no Projeto Terapêutico da pessoa em acompanhamento pelo CAPS ou outro equipamento de saúde.

16.3. O/A Defensor/a deve orientar a família sobre o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, em especial sobre a importância do cuidado em liberdade, as modalidades de internação, os direitos das pessoas internadas, a excepcionalidade e brevidade da internação, considerada cabível tão somente para momentos que envolvam risco de morte e emergência em saúde, desde que esgotados recursos extra-hospitalares, sob pena de cronificação da gravidade do sofrimento mental e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas.

16.4. O/A Defensor/a deverá se atentar a outras necessidades da pessoa que busca internação, como necessidades sociais como moradia, alimentação, trabalho, risco de morte em razão de ameaças, desentendimentos familiares e comunitários, entre outras questões que podem ser resolvidas de outra forma, sem necessidade de internação.

16.5. O/a Defensor/a orientará sobre o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, questões de direito de família, realizando encaminhamento adequado para que a família receba orientações pertinentes sobre planejamento familiar e programas socioassistenciais, bem como sobre a ilegalidade da esterilização forçada.

16.6. A incapacidade relativa e o fato de a pessoa ser curatelada não autoriza que o/a curador/a decida qual tipo de tratamento será realizado, sendo tal atribuição da equipe de saúde (art. 13 da Lei 13.146/2015). Destaca-se que a curatela é uma medida para aspectos patrimoniais e negociais (art. 85, §1º da Lei 13.146/2015) e não a outros atos da vida da pessoa curatelada ou à substituição da vontade sobre o desejo de ser internado/a.

16.7. Em casos de pessoas com sofrimento mental severo, em situação de rua, sugere-se que a avaliação da situação/cuidado psicossocial seja compartilhada por profissionais da RAPS, da Rede SUAS e principalmente com os Consultórios na Rua, com Projeto Terapêutico Singular (PTS), intersetorial, a ser implementado no contexto da rua e envolvendo a comunidade; que a internação psiquiátrica involuntária apenas possa ocorrer em momentos que envolvam risco de morte e emergência em saúde e após esgotadas as tentativas de intervenção/cuidado em ambiente comunitário, constando como parte do PTS construído para/com o usuário. As equipes devem acompanhar a pessoa durante o processo de internação, seguindo o cuidado em rede após a alta.

17. Seja no caso de internações por questão de saúde mental, ou por necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, não há interesse jurídico no pedido de internação involuntária. Desta forma, a questão não deve ser judicializada, uma vez que esta possui previsão legal nas hipóteses de processo criminal e execução de medida de segurança<sup>27</sup>.

18. A ação individual cabível, enquanto não se resolve a questão coletiva de fortalecimento da RAPS, em caso de recusa do Município em fornecer o tratamento adequado, será a de obrigação de fazer contra os entes estatais para disponibilização de tratamento adequado definido pela equipe de saúde, e não da internação em si, previamente esgotadas todas as possibilidades de tratamento ambulatorial, territorial e psicossocial, além de outros trâmites/fluxos administrativos.

18.1 O/a Defensor/a atuará para que em qualquer decisão judicial, que defira o fornecimento de tratamento, conste o pedido de desnecessidade de nova ordem judicial para liberação do/a paciente (“alta judicial”).

### ***Internações por necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas***

---

<sup>27</sup> A respeito das medidas de segurança, este protocolo não abordará questões criminais, o qual será objeto de protocolo a ser elaborado pela Comissão de Execução Criminal.

20. Não é admitido, em hipótese alguma, o pedido de disponibilização de vaga em comunidade terapêutica como modalidade de internação, uma vez que tal equipamento não possui autorização legal (art. 23-A da Lei 13.840/2019) e estrutura para receber internações relacionadas ao uso de álcool e outras drogas ou de deficiência mental/intelectual, restringindo-se ao acolhimento voluntário, conforme Art. 9º da Lei 13.840/2019. (“É vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras”).

20.1. Nos processos em que o/a Defensor/a tomar conhecimento da ocorrência de internação, recomenda-se observar o local ocorreu, para verificação se não é comunidade terapêutica (popularmente conhecida como “clínica”). Em caso positivo, deve-se pleitear a liberação e/ou encaminhamento para o tratamento adequado.

***Atuação como curador especial ou representante da pessoa em sofrimento mental severo ou com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas***

21. Recomenda-se que, nos casos em que o/a Defensor/a for intimado/a a atuar como curador especial, seja em processos de curatela (antigo processo de “interdição”) ou de processo em que haja notícia de internação, realize o contato pessoal para a representação direta e prestação de assistência jurídica, de modo a prevalecer a vontade real da pessoa defendida, evitando-se ao máximo defesas genéricas ou por negativa geral.

21.1. Na impossibilidade de contato presencial, sugere-se o uso de meios virtuais para atendimento remoto (videochamada), bem como a análise detalhada de relatórios produzidos pela equipe técnica multidisciplinar (diversa do local da internação) com contato permanente para obtenção de mais detalhes sobre a pessoa.

21.2. Na defesa dos interesses da pessoa representada pela Defensoria, sugere-se que o/a Defensor/a requeira a prestação de contas do curador material, tendo em vista suas obrigações legais, principalmente no processo de desinternação/desacolhimento<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> Há etapas do tratamento que necessitam de articulação entre a família e a pessoa com uso prejudicial de álcool e outras drogas, motivo pelo qual deve ser elaborado um Projeto de Cuidados a ser apresentado pelo curador material, nos autos, que possibilite a manutenção das atividades de vida cotidiana da pessoa curatelada após o desacolhimento ou desinternação/alta hospitalar, considerando-se um dos deveres do curador a ser determinado pelo juízo. O Projeto de Cuidados deve ser subsidiado pelo projeto terapêutico singular da Rede de Atenção Psicossocial (art. 9, §1º da Portaria 3088/2011), mas não se restringe a ele, perpassando o acolhimento familiar (do curador material e da pessoa com uso prejudicial de álcool e outras drogas). O referido Projeto pode ter contribuições no âmbito da Defensoria Pública, que atuará em rede e com educação em direitos para propiciar as

### *Legitimação extraordinária em casos excepcionais*

22. Em casos nos quais a pessoa em sofrimento mental intenso ou com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas não possa, por qualquer razão, expressar sua vontade, e na inexistência de familiares aptos a solicitar o tratamento adequado de saúde, o/a Defensor/a poderá, em nome da instituição e em favor do paciente, requerer judicialmente a obrigação de fazer consistente na disponibilização de vaga para tratamento em local adequado, conforme autoriza o art. 134, caput, da Constituição Federal, assim como do art. 4º e incisos X e XI da Lei Complementar 80/1994.

## **PARTE IV - ORIENTAÇÕES SOBRE FISCALIZAÇÃO EM INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO OU INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

### *Prerrogativa Legal*

23. A Defensoria tem prerrogativa de comunicar-se, pessoal e reservadamente, com seus usuários, inclusive quando estes se encontrarem em estabelecimentos de internação coletiva e independentemente de prévio agendamento (art. 44 e art. 128 da LC 80/94), devendo o/a Defensor/a atuar nos estabelecimentos de internação, visando ao atendimento jurídico permanente dos/as internados/as, bem como realizar inspeções em estabelecimentos coletivos de internação ou de acolhimento.

### *Antes da Inspeção*

24. Antes da realização da inspeção, sugere-se contato com outras entidades que realizem tal atividade ou que possuam informações relevantes, tais como:

---

informações e encaminhamentos de que curador material e a parte curatelada precisam para conhecimento, adesão e prosseguimento do tratamento e da manutenção da vida cotidiana. O procedimento de desinstitucionalização está positivado na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

24.1. Órgãos do Sistema de Justiça (Defensoria Pública da União e Estadual, Ministérios Públicos, Procuradorias, Judiciário);

24.2. Conselhos Profissionais (Conselho Regional de Psicologia, Conselho Regional de Serviço Social, Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Enfermagem, Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, entre outros);

24.3. Conselhos de Direitos (de Saúde, de Álcool e Outras Drogas, Direitos Humanos, Assistência Social, entre outros);

24.4. Os Movimentos Sociais ligados à Luta Antimanicomial;

24.5. Vigilância Sanitária.

25. Em relação à vigilância sanitária, por ser um órgão que faz constantes inspeções em tais estabelecimentos, sugere-se o contato contínuo e a promoção de capacitações mútuas de modo a orientar tais profissionais a realizarem denúncias quando constatarem violações de direitos humanos, ressaltando o poder de polícia para determinar a pronta interdição do local.

26. Recomenda-se o levantamento da maior quantidade de informações possíveis, tais como denúncias, quantidade de pessoas, perfil do público (mulheres, crianças e adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, pessoas LGBTQIA+, entre outros), contexto local da relação entre os proprietários do estabelecimento com a prefeitura e autoridades locais, consulta ao CNES<sup>29</sup> (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) e Junta Comercial para verificação do enquadramento do estabelecimento e objeto social, etc.

26.1 - Em relação à população LGBTQIA+, sugere-se observar se a Comunidade Terapêutica submete tais pessoas a situações que podem ser configuradas como tortura ou tratamento desumano e degradante (desrespeito ao nome social, práticas religiosas compulsórias, uso de roupas, cortes de cabelo e outras alterações de aparência física diversas da identidade de gênero da pessoa acolhida e se há denúncias específicas em relação a eventual “terapia de reorientação sexual” entre outros).

---

<sup>29</sup> Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/>.

27. Quando possível, sugere-se a articulação prévia com as Secretarias de Assistência Social e da Saúde do Município com vistas à necessidade de acolhimento ou encaminhamento de pessoas que não estejam recebendo cuidados em saúde adequados, assim como para a viabilização de um transporte para a saída das pessoas, se necessário.

28. Recomenda-se a utilização de trajes formais, uso da carteira funcional, celular funcional, transporte em veículo oficial, termos de declarações e de consentimento para consulta de documentos médicos para preenchimento à mão.

29. Recomenda-se que a inspeção seja realizada com pelo menos dois Defensores/as, acompanhados/as de equipe técnica da Defensoria, caso existente, além das entidades mencionadas no item 25.

### ***Durante a inspeção***

30. No momento de chegada ao estabelecimento de acolhimento ou de internação, sugere-se que a entrada no local seja feita de maneira rápida e que as equipes se dividam em pelo menos dois grupos para aplicação de formulário próprio com as pessoas acolhidas/internadas e com o setor técnico, de preferência ao mesmo tempo, ou, na impossibilidade, primeiramente com as pessoas acolhidas ou internadas

30.1. Antes da entrevista com o setor técnico, a equipe destacada para tal finalidade deve realizar uma vistoria imediata no local, observando a estrutura física e as condições gerais do ambiente, e evitando alterações e/ou expedientes que possam ser feitos pelo/a proprietário/a durante a inspeção para ocultar violações.

31. Antes de iniciar a aplicação do formulário com as pessoas acolhidas/internadas, sugere-se:

32.1. Explicar quais os direitos possuem (Lei 13.840/2019, art. 23-A e Lei 10.216/2001, art. 2º).

31.1. Se atentar para a presença de “monitores/as”, que podem inclusive ser pessoas acolhidas/internadas, mas que detém relação de confiança com o proprietário/a do estabelecimento, solicitando-se sua retirada para conversa reservada;

32. Após a aplicação do formulário com as pessoas acolhidas/internadas e obtido seu consentimento por escrito (para registro interno na Defensoria Pública e acesso ao prontuário médico ou multiprofissional), sugere-se que sejam requeridos os documentos relativos à pessoa atendida com a finalidade de coletar dados de contato dos familiares, cópias de eventuais contratos, declarações de consentimento e documentos médicos;

33. Sugere-se que sejam fotografados trancas, janelas, portas, medicamentos (observar se há padronização das receitas), quartos, banheiros, cozinha (alimentação), muros e demais dependências do local.

34. Sugere-se a realização de pedido de liberação imediata para as pessoas acolhidas ou internadas de maneira irregular, mediante orientação qualificada<sup>30</sup> e contato com familiares ou amigos da pessoa internada/acolhida para o acolhimento/avaliação das necessidades de cuidado psicossocial, solicitando o apoio da Secretaria de Assistência Social, no que couber.

34.1. Na inexistência ou desinteresse de familiares ou amigos em acolher a pessoa indevidamente acolhida ou internada, sugere-se o acionamento da Assistência Social do Município, conforme articulação previamente realizada, para o encaminhamento da pessoa a um serviço público de acolhimento da rede de saúde ou socioassistencial, por exemplo as Unidades de Acolhimento (UAs - conforme Portaria 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011), caso seja esta sua vontade e após devidamente orientada.

34.2. Deve ser priorizada a decisão da pessoa acolhida ou internada de maneira irregular, considerando a garantia do direito à liberdade, de modo que a saída da instituição onde se encontra possa ser imediatamente respeitada, ainda que ela não tenha interesse na inserção na rede de apoio intersetorial.

---

<sup>30</sup> Sugere-se que na referida orientação, preferencialmente de maneira presencial, seja tentado o restabelecimento de vínculos, explicar o que ocorreu na inspeção, os direitos da pessoa internada/acolhida, o referenciamento na RAPS, com o fim de evitar novos acolhimentos/internações desnecessárias.

35. Constatadas graves violações de direitos humanos, que possam configurar crimes, sugere-se colher e produzir provas com relatos dos casos realizados pelas pessoas acolhidas, para a formalização de eventual denúncia, respeitado o desejo da vítima de não o fazer ou fazê-lo de forma sigilosa.

#### *Após a inspeção*

36. Caso encontradas irregularidades, sugere-se a formulação de **RECOMENDAÇÃO** para que sejam sanadas.

37. Na hipótese de não acolhimento da recomendação, sugere-se a apresentação de um **TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA/TERMO DE COMPROMISSO**, para que as obrigações legais sejam cumpridas.

38. Caso infrutíferas as tentativas extrajudiciais, sugere-se, o ajuizamento de **AÇÃO CIVIL PÚBLICA** com eventual pedido de inspeção judicial, pedido liminar de interdição do local e liberação das pessoas acolhidas/internadas irregularmente.

39. Sugere-se a análise prévia do entendimento do Poder Judiciário sobre o tema para verificar a viabilidade da impetração de **HABEAS CORPUS**, que muitas vezes não é entendido como instrumento cabível, ou a propositura de **AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER**.

39.1. Sugere-se a realizar de nova inspeção para verificar se todas as irregularidades foram sanadas após as medidas adotadas acima.

#### *Peculiaridades das Inspeções em Comunidades Terapêuticas*

40. Em inspeções nas Comunidades Terapêuticas (CTs), além da normativa vigente, o/a Defensor/a deverá observar: :

40.1. A pessoa acolhida deve estar referenciada no CAPS ou UBS mais próximo, sendo vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas CTs;

40.2. O acolhimento na CT deve ser exclusivamente de pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, sendo proibida a presença de pessoas com deficiência mental/intelectual ou com comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave;

40.2. A adesão e permanência são sempre voluntárias e formalizadas por escrito, sendo obrigatória a realização de avaliação médica prévia ao acolhimento que ateste as condições clínicas para o acolhimento em tal modalidade de estabelecimento (e não que recomende a internação de forma direta) 41.3. Há obrigatoriedade de elaboração de plano individual de atendimento (PIA), na forma do art. 23-B da Lei 11.343/2006;

40.4. Há vedação de isolamento físico da pessoa acolhida com proibição do cerceamento da liberdade de ir e vir. O residente da Comunidade Terapêutica pode deixar o local quando assim desejar, sem necessidade de decisão judicial, autorização da família ou laudo médico.

40.5. É inadmissível o acolhimento de crianças e adolescentes em Comunidades Terapêuticas<sup>31</sup>, uma vez que seu cuidado em saúde deve ser oferecido em bases territoriais com a garantia do direito à convivência familiar e comunitária e do direito à educação, conforme preconizado pelo ECA, que determina que o acolhimento de crianças e adolescentes somente pode ocorrer em casos de violações de seus direitos, devendo ser executado por entidade devidamente cadastrada para este fim e que realize ações visando à reintegração familiar.

40.6. Em razão da voluntariedade do acolhimento em CT, é inadmissível e ilegal, configurando sequestro, a prática de “remoções” ou “resgastes” como modo de transporte da pessoa para a CT, ainda que a pedido da família.

41. Durante a inspeção em CTs, devem ser analisadas:

41.1. As condições de trabalho e a composição e o quantitativo das equipes profissionais;

---

<sup>31</sup> Embora a Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020 regulamente no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas, tal normativa foi editada por órgão incompetente, Conselho Nacional de Política sobre Drogas (Conad), sendo que o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) e o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente conferem ao Conanda (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente), e não ao Conad, tal atribuição.

41.2. A existência de exploração da mão de obra das pessoas acolhidas, sob o argumento de se tratar de laborterapia, ocupação do tempo ocioso, recompensas por tarefas, sob a perspectiva do direito ao trabalho digno e decente;

41.3. A utilização de medidas de caráter disciplinar no cotidiano institucional, tais como: práticas de castigo, espaços de confinamento e isolamento, realização de revista íntima ou vexatória, uso de medicação excessiva, “terapia de reversão sexual” e aplicação de contenção mecânica.

42. Em todos casos, é imprescindível o acompanhamento das pessoas e suas famílias no pós-desacolhimento, uma vez que podem ocorrer problemas contratuais com a Comunidade Terapêutica (prazo previamente fixado e sucessivas renovações, ainda que em contrato independente, multas contratuais, cobranças indevidas), necessidade de ajuizamento de ação de dano moral/material. É também fundamental o trabalho com a família para vinculação com a pessoa que tem necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas em um serviço adequado de saúde mental, evitando um novo ciclo de acolhimento.

43. Sugere-se a elaboração de relatórios periódicos e circunstanciados para serem publicizados nos veículos oficiais da Defensoria, a fim de dar transparência e evidência pública ao trabalho realizado, conscientizando a população a respeito das violações de direitos mais recorrentes.

### ***Peculiaridades das Inspeções em Hospitais Psiquiátricos***

44. Além de observar a normativa vigente, nas inspeções de Hospitais Psiquiátricos, o/a Defensor/a deverá:

44.1. Examinar aspectos institucionais, tais como: existência de Projeto Técnico Institucional (PTI) ou Projeto Terapêutico Global (PTG), identificação das modalidades de internação atendidas, diversificação de estratégias terapêuticas e a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), ações para garantia dos direitos sociais (documentação, benefícios socioassistenciais, etc.) e para a desinstitucionalização das pessoas internadas na condição de longa permanência, articulação com os demais serviços da rede de saúde e intersetorial, visando à permanente reinserção social e comunitária;

44.2. Analisar as condições de trabalho e a composição das equipes de saúde no que toca a diversidade de categorias e ao quantitativo de profissionais, bem como a exploração da mão de obra das pessoas internadas, ocupação do tempo ocioso, recompensas por tarefas, insuficiência de funcionários, sob a perspectiva do direito ao trabalho digno e decente;

44.3. Examinar a utilização de medidas de caráter disciplinar no cotidiano institucional, tais como: práticas de castigo, espaços de confinamento e isolamento, realização de revista íntima ou vexatória, uso de medicação excessiva e aplicação de contenção mecânica;

44.4. Verificar o tratamento dado a: crianças e adolescentes (se há compartilhamento de espaço com adultos internados), mulheres, negros, pessoas idosas e LGBTQIA+, com especial atenção ao direito de viver de forma independente e incluído na comunidade;

44.5. Garantir o exercício do direito à capacidade civil, liberdade e segurança pessoal, que engloba o direito à liberdade de escolha, consentimento e recusa sobre o tipo de tratamento.

44.6. Verificar se há irregularidades na aplicação de contenção mecânica e eletroconvulsoterapia, uso excessivo de medicação, impedimento do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, além da violação do direito à convivência familiar e comunitária ou qualquer tipo de negligência, discriminação ou violência.

45. O/a Defensor/a deve observar os casos de necessidade de regularização da situação documental, com vista a garantir o direito ao registro civil;

46. É imprescindível o acompanhamento do processo de desinstitucionalização e o encaminhamento para Residências Terapêuticas quando a pessoa internada não tiver qualquer vínculo familiar.

47. Nos casos em que a internação foi determinada judicialmente, sugere-se que haja interlocução com o órgão que solicitou as internações psiquiátricas compulsórias no estabelecimento inspecionado, com o fim de orientar à reversão da medida, bem como acompanhar o processo de desinstitucionalização dessas pessoas;

47.1. Para tanto, deverá ser verificada a existência de curatela em relação à pessoa internada, bem como o estado do processo em que foi determinada a internação compulsória, solicitando-se nova avaliação médica para o pedido de levantamento de curatela e da internação.

## REFERÊNCIAS E SUGESTÕES DE LEITURA

- ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial. 2013.
- BOURDIEU, Pierre. *Sobre o Estado*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
- BRASIL. Código Civil. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002.
- BRASIL. Decreto Nº 6.949, de 25 de Agosto de 2009 - Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.
- BRASIL. Lei 10.216/01 – Lei Brasileira da Reforma Psiquiátrica.
- BRASIL. Lei 11.343/06 (Lei de Drogas) – alterada pela Lei nº 13.840/2019.
- BRASIL. Lei Brasileira da Inclusão: Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. PNEPS MS/2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização*. PNH MS/2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 336/2002. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html) (regras para estabelecimento dos CAPS).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2391/GM/MS, de 26 de dezembro de 2002.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução - RDC Nº 29 de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.
- CEBES. *Revista Saúde em Debate*, v. 44 n. Especial 3 (2020): Retratos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.
- COMITÊ SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. Relatório Inicial do Brasil de 2015. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/atividade->

legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/arquivos/relatorio-do-comite-da-onu-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia-traduzido-em-portugues. Acesso em 02/09/2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA E PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO/MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas 2017 (Brasília: CFP, 2018). Disponível em [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas\\_web.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf). Acesso em 02/09/2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Recomendação 35/2011. Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. Disponível em <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/849>. Acesso em 02/09/2022.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. Resolução 5/2004. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Disponível em <https://www.gov.br/depen/pt-br/composicao/cnpecp/resolucoes/2004/resolucao05de04demaiode2004.pdf>. Acesso em 02/09/2022.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. *Caso Poblete Vilches vs Chile*. Disponível em [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_349\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf). Sentença de 8 de março de 2018. Acesso em 20/09/2022.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. *Caso Ximenes Lopes versus Brasil*. Sentença de 4 de julho de 2006. Disponível em [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_149\\_por.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf). Acesso em 02/09/2022.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. “Manual de atuação estratégica para implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”. Disponível em <https://www.defensoria.sp.def.br/documents/20122/c8af6551-efa1-cc1-b7d1-cd556c42216c>. Acesso em 02/09/2022.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Curso de Extensão Direitos Humanos, Saúde Mental e Racismo. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=kUCzEwyt12E>. Acesso em 02/09/2022.

DELGADO, Pedro Gabriel. *As Razões da Tutela*. Rio de Janeiro: Té Cora Editora.1992.

Disponível em 02/09/2022.

DOS SANTOS, Maria Paula Gomes (org.). *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, (Rio de Janeiro: IPEA, 2018). Disponível em <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8856>. Acesso em 02/09/2022.

FIOCRUZ. Repositório Ciência Aberta e Cidadã: todos os materiais da pesquisa Memórias da Saúde Mental: Cultura, Comunicação e Direitos Humanos estão disponíveis em [https://dadosdepesquisa.fiocruz.br/dataverse/NUSMAD\\_Memorias](https://dadosdepesquisa.fiocruz.br/dataverse/NUSMAD_Memorias). - Ana Pitta, Hospital: dor e morte como ofício (São Paulo: Hucitec, 2016).

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva. 11ª edição. 2019.

FOUCAULT, Michel. *Nascimento da Biopolítica*. 1ª edição. São Paulo: Edições 70. 2010.

GARCIA, Angela. ANDERSON, Brian. Violence, addiction, recovery: An anthropological study of Mexico's anexos. In *Transcultural Psychiatry*. 2016; 53(4): 445-464.

GOMES, Tahyana Meire da Silva. PASSOS, Rachel Gouveia. DUARTE, Marco Jose de Oliveira (orgs.). *Saúde mental e drogas em tempos de pandemia: contribuições do Serviço Social*. Disponível em <https://www.editoranavegando.com/livro-saude-mental>. Acesso em 02/09/2022.

MAD IN AMERICA. Portal sobre saúde mental. <https://www.madinamerica.com/>.

MAD IN BRASIL. Portal sobre saúde mental. <https://madinbrasil.org/>

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia psiquiátrico sob a perspectiva da Lei 10.216/2001. Disponível em <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2016/03/Parecer-sobre-Medidas-de-Seguran%C3%A7a-e-Hospitais-de-Custodia-e-Tratamento-Psiquiatrico-sob-a-perspectiva-da-Lei-N.-10.216-de-2001.pdf>. Acesso em 02/09/2022.

OPEN SOCIETY FOUNDATIONS. *No Health, No Help: Abuse as Drug Rehabilitation in Latin America & the Caribbean*. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental*.

PASSOS, Rachel Gouveia et al. *Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro*. Disponível em <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29064>. Acesso em 02/09/2022.

PASSOS, Rachel Gouveia. *Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial*. in Revista em Pauta: teoria social e realidade contemporânea, n. 45, 2020.

PEREIRA; Melissa de Oliveira. PASSOS, Raquel Gouveia (orgs.). *Luta Antimanicomial e Feminismo: inquietações e resistências*. São Paulo: Autografia. 1ª edição. 2017.

PIRES, Roberto. DOS SANTOS, Maria Paula Gomes (org.). *Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América Latina: desafios e possibilidades de ação pública*. Brasília: IPEA, 2021.

REDE NACIONAL INTERNÚCLEOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL – RENILA. Disponível em <https://pt-br.facebook.com/people/Rede-Nacional-Intern%C3%BAcleos-da-Luta-Antimanicomial-Renila/100064739134603/>. Acesso em 02/09/2022.

SAFLATE, Vladimir; DA SILVA JR, Nelson; e DUNKER, Christian (orgs.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. São Paulo: Autêntica. 2021.

SANTANA, Carmen. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(8):1798-1800, ago, 2014. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua

<http://www.scielo.br/j/csp/a/t4HQncdWJHn5CG3MHzpJYcb/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Entende%2Dse%20assim%20que%20no,modelo%20da%20doen%C3%A7a%20e%20na.>

SKROMOV, Daniela. Internação compulsória - posição contrária. Disponível em [http://www.elciopinheirodecastro.com.br/documentos/artigos/03\\_08\\_2012.pdf](http://www.elciopinheirodecastro.com.br/documentos/artigos/03_08_2012.pdf). Acesso em 02/09/2022.

DANIEL DE  
MACEDO  
ALVES PEREIRA

Assinado de forma digital por DANIEL DE  
MACEDO ALVES PEREIRA  
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=presencial,  
ou=33683111000107, ou=Pessoa Física  
A3, ou=ARSEPRO, ou=Autoridade  
Certificadora SERPROACF, cn=DANIEL DE  
MACEDO ALVES PEREIRA  
Dados: 2022.09.13 11:58:35 -03'00'