



MPRJ | MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

MPRJ
CAO
CÍVEL E PESSOA COM
DEFICIÊNCIA

MPRJ
CAO
SAÚDE

MPRJ
CAO
PESSOA IDOSA

MPRJ
CAO
CONSUMIDOR E
CONTRIBUINTE

MPRJ
GTT-IICPP
GRUPO TEMÁTICO TEMPORÁRIO
INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS EM
CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS PRIVADAS

Orientação Técnica sobre Internações Psiquiátricas à luz da Política Antimanicomial

A presente orientação técnica aborda as espécies de internações psiquiátricas previstas na legislação vigente, com enfoque na atuação ministerial.

Vale registrar que ainda se observa, com certa frequência, decisões no judiciário fluminense determinando internação psiquiátrica compulsória de pessoas com transtorno mental usuárias/dependentes de drogas (ilícitas ou não) ou de pessoas com algum comprometimento de ordem mental.

Nesse contexto e considerando as dúvidas trazidas pelos Promotores de Justiça nos casos práticos, desenvolvemos o presente memorando com o fim de subsidiar o trabalho dos órgãos de execução com atribuição na matéria, em especial aqueles com atribuição na tutela individual da pessoa com deficiência mental (psicossocial) em situação de risco.

A matéria também poderá despertar o interesse dos órgãos com atribuição coletiva (saúde e consumidor) pela repercussão dessas internações nas políticas públicas já delineadas e no processo de trabalho das clínicas psiquiátricas privadas.

1. Das espécies de internações e requisitos:

A Lei nº 10.216 de 2001, conhecida como lei da reforma psiquiátrica, instituiu um novo modelo orientador da política de atenção à saúde mental no Brasil. A internação psiquiátrica é um recurso previsto na referida lei e tem por objetivo **o tratamento quando as medidas extra-hospitalares se mostrarem insuficientes**. Trata-se de medida excepcional e temporária, não sendo um fim em si mesmo.

A referida lei redireciona o modelo assistencial em saúde mental, conhecido como “reforma psiquiátrica”, especialmente no seu art. 5º, e prevê que o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente do seu quadro clínico, ou de ausência de suporte social, deverá ser objeto de **política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida**.

Segundo a [Lei Antimanicomial \(L. 10.216/2001\)](#), e a [Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017](#), existem três modalidades de internação psiquiátrica, quais sejam:

- **Internação voluntária:** prevista no art. 6º, inciso I, da Lei 10.216 e art. 66, II, do Anexo V da [Portaria de Consolidação GM/MS nº 3º/2017](#), com os seguintes requisitos: i) consentimento expresso do paciente; ii) laudo médico circunstanciado e iii) existência de leito em hospital geral a ser disponibilizado pelo Gestor de Saúde.
- **Internação involuntária:** prevista no art. 6º, inciso II, da Lei 10.216 e art. 66, I, do Anexo V da [Portaria de Consolidação GM/MS nº 3º/2017](#), com os seguintes requisitos: i) concordância do responsável pelo paciente; ii) laudo médico circunstanciado e iii) existência de leito em hospital geral a ser disponibilizado pelo Gestor de Saúde.
- **Internação compulsória:** prevista no art. 6º, inciso III, da Lei 10.216 e art. 66, IV, do Anexo V da [Portaria de Consolidação GM/MS nº 3º/2017](#), com os seguintes requisitos: i) ausência de concordância do paciente ou de seu responsável (requisito negativo); ii) laudo médico circunstanciado; iii) decisão judicial, que respeite o devido processo legal e iv) somente nos casos expressos em lei específica, segundo parcela da doutrina, conforme veremos mais adiante neste trabalho.

Para além das três modalidades previstas acima, a [Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017](#) ainda prevê mais uma modalidade: **internação voluntária que se torna involuntária**, que é aquela na qual o paciente internado voluntariamente exprime, posteriormente, sua discordância com a manutenção da internação (art. 66, III do Anexo V).

Em todas as modalidades de internação mostra-se imprescindível a existência de laudo médico circunstanciado, sem o qual nem mesmo se iniciará a busca por leito em hospital geral. Sugere-se que, se possível, haja não só o laudo médico, a ser elaborado pelo médico psiquiatra, mas também Relatório/Estudo Social da equipe multidisciplinar que assiste o usuário (a), a fim de que confirmem a necessidade da medida excepcional de internação.

Entende-se por **laudo psiquiátrico circunstanciado necessário para internação involuntária** aquele que descreve: (i) identificação do médico que autorizou a internação; (ii) identificação do paciente e do seu responsável e contatos da família; (iii) caracterização da internação como involuntária; (iv) motivo e justificativa da internação, de forma fundamentada, com detalhamento clínico; (v) descrição dos motivos de discordância do paciente sobre sua internação; (vi) CID; (vii) capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é curatelado ou não; (viii) informações sobre o contexto familiar do paciente (ix) insuficiência dos recursos extra-hospitalares para o tratamento do paciente; (x) previsão estimada do tempo de internação.

Deverá, ainda, haver comunicação ao Ministério Público Estadual, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, de todos os casos de internação involuntária, nos termos do art. 8º, §1º, da Lei nº 10.216/01, bem como da respectiva alta (Anexo V, Título IV da [Portaria de Consolidação MS n.º 03/2017](#)). A comunicação ao Ministério Público Estadual deverá observar o padrão previsto no parágrafo único, do artigo 68 do Título IV do Capítulo II, do Anexo V, da [Portaria de Consolidação MS nº 03/2017](#) ou outro ato normativo que venha a substituí-la.

Tanto nas internações involuntárias quanto nas voluntárias, a prescrição deverá ser por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento, nos termos do art. 8º da Lei nº 10.216/01.

O acompanhamento do paciente pela rede SUS ou por médico assistente de sua escolha é de suma importância, tendo em vista que a internação não é um fim em si mesmo. O tratamento e a criação de vínculos com os técnicos da rede, caso não existam ou estejam fragilizados, deve acontecer ainda durante a internação e continuar no pós-alta, buscando dar efetividade ao que preceitua o artigo 4º, §1º da Lei n. 10.216, que disciplina que o tratamento durante a internação possuiu como finalidade a **reinserção social do paciente em seu meio**.

No caso da **internação voluntária**, o seu término dar-se-á, conforme a lei, por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente. Não existe prazo determinado para as **internações voluntárias e involuntárias**, **mas estas devem perdurar o mínimo de tempo possível**, buscando a estabilização do paciente, a ser verificada caso a caso.

Nesse sentido, art. 65 do Anexo V da [Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017](#), nos seguintes termos: *“A internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, **com a menor duração temporal possível**.”*

Ainda sobre os requisitos a serem observados, aproveitamos para compartilhar tabela retirada da [Cartilha Direitos Humanos e Saúde Mental, do Observatório Direitos dos Pacientes](#), na qual cita os **parâmetros de Direitos Humanos para internação involuntária segundo os Princípios para Proteção das Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhora da Atenção à Saúde Mental, do Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental**:

Seja comprovada a presença de transtorno mental conforme critério internacionalmente aceito e baseado em evidência.

O diagnóstico de transtorno mental e a medida de restrição devem ser atos praticados por médico e o paciente deve ser examinado por outro profissional de saúde independente, em separado do profissional que determinou a medida.

Deve ser norteada pela vontade e preferências do paciente, mesmo em caso de incapacidade decisional. Adotada quando o paciente coloca sua própria vida em risco.

A internação deve ser precedida de cuidados em saúde e seu propósito há que ser terapêutico.

A internação deve ser a medida mais eficaz, após todas as demais terem sido tentadas e se revelado incapazes de obstar a ameaça do paciente a si mesmo.

O instituição de saúde mental deve ser acreditada para prover cuidados em saúde mental, adequados e apropriados previamente à admissão de pacientes internados involuntariamente.

A medida deve ser de curta duração.

A internação deve ser analisada por Corpo de Revisão, previsto na legislação dos países.

Nos termos do art. 2º da Lei nº 10.216/01 e em observância ao dever previsto no artigo 46 do Código de Ética Médica, nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, **o paciente e seus familiares** ou responsáveis deverão ser formalmente cientificados dos seguintes **DIREITOS**: (i) ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; (ii) ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; (iii) ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração;

(iv) ter garantia de sigilo nas informações prestadas; (v) ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; (vi) ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; (vii) receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; (viii) ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; (ix) ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Vale destacar que a Resolução CFM nº 2.057/13, que consolida diversas resoluções da área da Psiquiatria, reitera os direitos dos pacientes em tratamento psiquiátrico previstos na Lei 10.216/2001, especialmente a prioridade nas modalidades extra-hospitalares, limitação de tempo das internações, previsão de mecanismo de revisão da internação, necessidade de plano terapêutico singular, discutido com o interessado, responsável e revisto regularmente, bem como a responsabilidade dos médicos que atuam em estabelecimentos ou serviços psiquiátricos pela indicação, aplicação e continuidade dos programas terapêuticos e reabilitadores.

No que diz respeito às **internações compulsórias**, a Lei 10.216/2001 (art. 9º) prevê que será determinada, **“de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente”**. Isso faz com que parte da doutrina entenda que essa modalidade de internação somente seja possível quando haja **expressa previsão legal**, como acontece nos seguintes casos, de maneira exemplificativa:

- i) Medida de segurança, aplicada pelo juízo criminal, com previsão no CP e CPP;
- ii) Medida de segurança durante a execução penal, aplicada pelo juízo da execução, com previsão na LEP;
- iii) Medida socioeducativa e medida de proteção, ambas aplicadas pelo juízo da Infância e Juventude, com previsão no ECA.

Nessa direção, podemos citar Angelo Mazzuchi Santana Ferreira, Promotor de Justiça do Estado do Paraná, em seu artigo “O Ministério Público Diante da Procura por Internações Psiquiátricas” *in verbis*:

*“Note-se que o princípio constitucional por último citado [art. 5º, II, CF], exige lei para que haja internação psiquiátrica decretada judicialmente e, esta é a Lei 10.216/01, que em seu art. 6º. III c/c 9º determina **que o juiz decrete a internação dita compulsória, nos termos da “legislação vigente” ou seja, quando houver lei específica que a autorize (...). De forma geral, o que vemos são internações psiquiátricas promovidas contra enfermos, porque (i) não aceitam serem submetidos a avaliações psiquiátricas; (ii) quando avaliados, resistem a serem levados até o hospital de tratamento; (iii) quando estão em condições de serem levados para o tratamento, este não é disponibilizado pelo Poder Público. Vejam que para nenhuma das hipóteses acima, existe previsão legal para exarar decreto judicial de internação compulsória.”**
(grifou-se)*

O Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) no artigo 25 da Resolução n.º 08/2019 (que dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos às pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas) versa que **“a internação compulsória de usuária(o) de drogas sem a prática de delito configura-se como uma total anomalia e em oposição ao ordenamento jurídico brasileiro. Não é, portanto, atribuição do Judiciário determinar a internação quando essa tenha por finalidade única e exclusivamente o tratamento.”** (grifou-se)

A propósito, a Resolução CNJ n.º 487 instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabeleceu procedimentos e diretrizes a fim de dar cumprimento à Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas

com Deficiência e à Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Observa-se, portanto, que a internação compulsória está sendo revisitada até mesmo quando da aplicação de medida de segurança decorrente da prática de ato ilícito, privilegiando-se os recursos extra-hospitalares.

Contudo, há quem entenda que a internação compulsória também pode se dar fora das hipóteses expressamente previstas em lei, a pedido do Ministério Público ou outro interessado, para proteção da pessoa com deficiência em situação de risco, sendo este ainda o entendimento predominante no Poder Judiciário.

Todavia, este posicionamento deve ser utilizado somente em último caso. Nessa direção, enunciado 116 da IV Jornada de Direito à Saúde do CNJ (Fonajus), realizada em 2023: *“o pedido de internação compulsória somente será apreciado mediante comprovação de esgotamento de outros recursos com possibilidades de tratamento. A comprovação deverá ser feita por meio de laudo firmado por médico, com base em relatórios ou outros documentos indicando que os recursos extra-hospitalares foram manejados sem sucesso.”*

Primeiro, deve-se priorizar os recursos extra-hospitalares. Depois, se for o caso, a internação involuntária, a ser realizada pela rede de atenção psicossocial que assiste o paciente, **sem necessidade de intervenção do Poder Judiciário. Isso porque a abordagem ao usuário, o momento da internação e, sobretudo, o tempo em que permanecerá internado serão definidos pelos profissionais da saúde (assim como qualquer internação hospitalar indicada para tratamento de doenças não psiquiátricas).** O mesmo não ocorre na internação compulsória, eis que esses elementos ficam a critério do juiz, que não possui *expertise* nas rotinas terapêuticas da saúde mental e da atenção psicossocial.

Assim, a judicialização da atenção à saúde mental deve ser considerada medida excepcional e visará o tratamento do usuário no interesse exclusivo de sua saúde, quando necessário obrigar o Poder Público ao oferecimento dos serviços não adequadamente prestados por deficiências da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Desse modo, na hipótese excepcional de internação compulsória, é importante constar na decisão – ainda que pareça óbvio – que a alta é ato exclusivamente médico, não necessitando de decisão judicial para tanto. Esse ponto é extremamente relevante eis que na ocasião da realização de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos foi possível observar que muitos pacientes foram internados por ordem judicial e absolutamente esquecidos nos manicômios, com seus processos inclusive arquivados.

Nesse sentido vale destacar importante [ato da Corregedoria do Tribunal de Justiça de Santa Catarina](#), alertando os Juízes e demais operadores do direito para a desnecessidade de decisão permitindo alta médica.

2. Da internação dos usuários de álcool e outras drogas:

O artigo 23-A caput e §2º da Lei n.º 11.343/2006 (Lei de Drogas) estabelecem o seguinte:

Art. 23-A. 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 e em etapas que permitam: (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019)

§ 2º A internação de dependentes de drogas somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação. (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019) (grifou-se)

Observa-se que a Lei de Drogas trouxe os mesmos princípios orientadores da Lei 10.216, **priorizando o tratamento em liberdade e considerando a internação como medida excepcional.**

Ainda, à semelhança da Lei da Reforma Psiquiátrica, o § 7º, do art. 23-A, da Lei n. 11.343/06 (incluído pela Lei n. 13.840/19) passou a prever que as internações voluntárias e involuntárias de dependentes de drogas deverão ser informadas, em no máximo 72 (setenta e duas) horas, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e a outros órgãos de fiscalização, por meio de sistema informatizado único, na forma regulamentada pela referida lei.

Importante frisar que o artigo 23-A, § 9º da Lei 11.343/06 veda qualquer modalidade de internação em comunidades terapêuticas acolhedoras. Ainda segundo o artigo 26-A da referida lei, o acolhimento em comunidades terapêuticas **somente se dá por meio de adesão e permanência voluntárias**. **Contudo, há de se salientar que tais estabelecimentos não se caracterizam como unidades de saúde e, na prática, possuem o isolamento ou a restrição do convívio social como principal tratamento de pessoas usuárias de álcool e outras drogas, na contramão das diretrizes da reforma antimanicomial, que prioriza a inserção na família, no trabalho e na comunidade.**

Novamente nos valendo da Cartilha Direitos Humanos e Saúde Mental, do Observatório Direitos dos Pacientes, apresentamos tabela com práticas efetivadas em Comunidades Terapêuticas, conforme denunciado no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, trabalho realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em parceria com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC/MPF):

Direito humano	Práticas verificadas em CT's	Conteúdo dos Direitos Humanos dos Pacientes
Direito de não ser discriminado	Orientação sexual; desrespeito à liberdade de crença religiosa.	A legislação é necessária para prevenir a discriminação. Ninguém deve receber tratamento diferenciado devido sua raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. Via de regra, a discriminação assume muitas formas, afeta diversas áreas fundamentais da vida da pessoa.
Direito ao respeito pela vida privada	Pacientes eram mantidos isolados da sociedade sem contato com familiares; Documentos pessoais retidos; correspondência violada	O direito ao respeito pela vida privada está ligado à questão da interferência na vida e aos danos que podem ser acarretados a partir disso. Esse direito abrange a privacidade corporal, de informação de dados, de comunicação e territorial.
Direito de não ser submetido à tortura nem a penas ou tratamento cruéis, desumanos e degradantes	Agressões físicas como punição; Infraestrutura e higienização inadequada; Serviço braçal forçado e sem remuneração; Excesso de medicação usada como contenção e sem acompanhamento médico.	O direito de não ser submetido à tortura e a tratamento cruel, desumano ou degradante, protege os pacientes esse grupo vulnerável contra abusos ou negligências graves que podem ferir a sua integridade ou causar riscos a sua vida.

Tabela1. Direitos Humanos dos Pacientes e práticas verificadas em CT's

Direito à vida	Agressões físicas, medicações em excesso	A pessoa dependente de drogas ou que possui transtorno mental possui o direito de obter um tratamento digno. O fato de a pessoa ter um problema de saúde ou transtorno não a torna menos humana. O direito à vida ser fundamental e inerente a todos os seres humanos, há a obrigação do Estado em protegê-lo, bem como em investigar e punir de acordo com o procedimento legal eventuais violações a esse direito.
----------------	--	--

Fonte: elaborada por Thatiana Ayres

Retornando à análise da Lei de Drogas, o artigo 23-A, §3º, II somente admite a **internação voluntária e a involuntária, não havendo previsão legal para que se proceda a internação compulsória, ao contrário da Lei n. 10.216/2001**. Observe-se que os dispositivos dos quais estamos tratando foram incluídos em 2019 por meio da lei 13.840. Logo, o legislador de forma deliberada optou por não trazer a internação compulsória como opção de tratamento.

A Resolução nº 8/2019 do CNDH dispõe sobre possíveis soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas:

“Art. 12. A internação psiquiátrica deve ser considerada um recurso de exceção, como descrito na Lei nº 10.216/2001, em seu artigo 4º: ‘A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes’.

§ 1º. A internação psiquiátrica deve ser considerada um recurso terapêutico com forte potencial iatrogênico, que induz à recorrência (reinternações), com pior prognóstico a longo prazo para os quadros de transtornos mentais, aumento desproporcional para o custo do sistema e da assistência, além de promoção de estigma, isolamento e fragilização das relações sociais.

§ 2º. **Problemas associados ao uso de álcool e outras drogas não devem ser considerados por si só indicativo de internação, sem que sejam avaliados seu contexto clínico, recursos disponíveis e vínculos sociais.**

(grifou-se)

Assim, a internação, quando necessária, deverá ser manejada pela equipe de saúde da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS que acompanha ou passará a acompanhar o caso na respectiva área territorial (internação involuntária). A internação deverá ser realizada em leito de saúde mental em hospital geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Centro de Atenção Psicossocial - CAPS da RAPS.

Dessa forma, qualquer política **irrestrita** de internação compulsória de usuários de drogas viola, para além de toda a legislação já citada, o direito fundamental à liberdade (art. 5º, LIV, CF) e o direito social à saúde (art. 6º, CF), tendo em vista que ninguém pode ser forçadamente privado de sua liberdade para se submeter a qualquer tipo de tratamento. **Ademais, tal política pode ser interpretada como uma prática higienista cujo objetivo é a exclusão e, via de consequência, a invisibilização desses sujeitos.**

Haroldo Caetano e Mario Henrique Cardoso Caixeta no artigo “*Internação Forçada do Usuário ou Dependente de Drogas: Fundamentos Jurídicos e Limites à Atuação Jurisdicional*” dizem o seguinte:

*“(...) Assim como há quase quatrocentos anos, também hoje é perceptível, na prática rotineira da internação psiquiátrica em situações as mais variadas (e não somente em face do uso abusivo de drogas), a preocupação das classes sociais mais abastadas de colocar em ordem o mundo da miséria, o desejo dos religiosos de praticar a caridade e a sempre presente necessidade de reprimir populações tidas como **indesejáveis**. E, tal qual aconteceu no passado longínquo referido por Michel Foucault, **o emprego da internação de maneira indiscriminada resulta também hoje desses fatores que expressam basicamente a dificuldade histórica em lidar com problemas sociais profundos e que agora, no Século XXI, podem ser muito bem identificados na extrema desigualdade social brasileira.***

*A vulgarização dos pedidos de internação psiquiátrica compulsória, para além de refletir o **estado de violência** ainda tão presente em algumas rotinas psiquiátricas, é a clara evidência de que o sistema de justiça ainda não se desvencilhou de práticas autoritárias historicamente arraigadas ao tratar de forma simplificadora um tema deveras complexo. Sabemos, porém, que **não há soluções simples para problemas relacionados à atenção em saúde mental, notadamente quando envoltos pela questão da drogadição**, como também sabemos que, por mais grave que seja o tema levado à apreciação do Poder Judiciário, a solução deve se dar sem voluntarismos e dentro da estrita legalidade(...).”*
(grifou-se)

3. Decisões Judiciais sobre o tema:

Destacamos algumas decisões do **Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro** dando aplicabilidade às balizas trazidas pela lei antimanicomial:

- *Agravo de Instrumento. Direito à Saúde. Ação ajuizada contra o Município de Casimiro de Abreu. Pretensão de internação compulsória da filha da autora. Quadro de uso abusivo e compulsivo de múltiplas substâncias psicoativas e de episódios convulsivos. Relato de risco de vida em razão de ameaças do tráfico local. Decisão agravada que deferiu a tutela pretendida. Inconformismo do réu.*
1. Internação compulsória de dependente de drogas que não se destina a solucionar questões de segurança pública e deve ser a última opção adotada após o esgotamento das possibilidades de tratamento extra-hospitalares ou auxílio clínico, consoante o teor dos artigos 4º, 6º e 9º da Lei nº 10.216/2001.
3. Laudo médico atestando que a filha da autora encontra-se em atendimento ambulatorial psiquiátrico, em uso de medicamentos e "sem remissão de sintomas, com indicação de tratamento crônico, continuado, por tempo indeterminado", o que não justifica a determinação de internação compulsória neste momento.
3. Recurso ao qual se dá provimento.
(0041987-11.2023.8.19.0000 - AGRAVO DE INSTRUMENTO. Des(a). EDUARDO GUSMAO ALVES DE BRITO NETO - Julgamento: 18/04/2024 - QUINTA CAMARA DE DIREITO PUBLICO (ANTIGA 16ª CÂMARA CÍVEL – grifou-se)
- *RECURSO EM SENTIDO ESTRITO. Decisão que denegou habeas corpus. Internação involuntária. Ilegal e abusiva. Recorrente que, a princípio, internou-se voluntariamente em clínica psiquiátrica em razão de crise de pânico e teve sua internação transformada em involuntária por iniciativa de sua genitora. Estabelece a Lei 10.216/2001 que, em casos de internação involuntária, necessário se faz laudo circunstanciado de profissional inscrito regularmente no Conselho Regional de Medicina do Estado e comunicação ao Ministério Público Estadual, em setenta e duas horas, procedida por responsável técnico da clínica psiquiátrica.*
No presente caso, inexistente nos autos laudo psiquiátrico a embasar internação involuntária, bem como a comunicação da referida internação ao Ministério Público se encontra irregular. Provimento do recurso. (0463827-24.2014.8.19.0001 – RECURSO EM SENTIDO ESTRITO. Des. Antônio Jayme Boente – grifou-se)
- MANDADO DE SEGURANÇA CONSTITUCIONAL. CUSTODIADO ACUSADO DA PRÁTICA DO DELITO DE FURTO. LIBERDADE PROVISÓRIA CONCEDIDA POR OCASIÃO DA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA DE CUSTÓDIA MEDIANTE AS MEDIDAS CAUTELARES DE COMPARECIMENTO MENSAL AO JUÍZO E DE COMPARECIMENTO AO CAPS DE RAMOS PARA TRATAMENTO DE COMBATE ÀS DROGAS E ACOMPANHAMENTO POR MÉDICOS ESPECIALIZADO, DEVENDO COMPROVAR MENSALMENTE A INTERNAÇÃO. Com razão o impetrante que se insurge contra a imposição de que comprove mensalmente a internação "para tratamento de combate às drogas". **É cediço que o direito fundamental à dignidade da pessoa humana goza de proteção constitucional e abarca a liberdade e o direito do indivíduo de se autodeterminar. Nessa toada, o cerceamento da liberdade com a imposição compulsória de tratamento médico para dependentes de drogas e de substâncias análogas se legitima excepcionalmente quando a necessidade estiver atestada após exame pericial, devendo ser respeitado o devido processo legal, o que não ocorreu na hipótese em exame.** Em consulta ao Processo nº. 0241938-56.2018.8.19.0001 realizada no sítio eletrônico deste Tribunal de Justiça, observa-se que sequer houve instauração de qualquer incidente para apurar e atestar eventual insanidade mental decorrente da toxicodependência do impetrante. Ressalta-se, ainda, que a Resolução nº 213/2015 do CNJ, em seu protocolo I, relaciona os procedimentos para a aplicação e o acompanhamento

de medidas cautelares diversas da prisão para presos apresentados nas audiências de custódia. O referido protocolo no item 3.1., inciso II, assenta que o juiz deverá garantir ao autuado o direito à atenção médica e psicossocial eventualmente necessária(s), resguardada a natureza voluntária desses serviços, a partir do encaminhamento às Centrais Integradas de Alternativas Penais ou órgãos similares, evitando a aplicação de medidas cautelares para tratamento ou internação compulsória de pessoas em conflito com a lei autuadas em flagrante com transtorno mental, incluída a dependência química, em desconformidade com o previsto no Art. 4º da Lei 10.216, de 2001 e no Art. 319, inciso VII, do Decreto-Lei 3.689, de 1941. Desse modo, a internação compulsória para tratamento de dependentes químicos, como condição à liberdade provisória, somente pode ser imposta em caráter excepcional, após perícia conclusiva acerca de sua necessidade que, frisa-se, não foi realizada neste caso. Nesse desiderato, entende-se pela consolidação da liminar deferida, com o afastamento da imposição de tratamento terapêutico médico especializado, haja vista que não foi respeitado o devido processo legal e não foi demonstrada a imprescindibilidade da medida cautelar de internação imposta. ORDEM QUE SE CONCEDE. (0057862-94.2018.8.19.0000 - MANDADO DE SEGURANÇA. Des(a). MARIA ANGÉLICA GUIMARÃES GUERRA GUEDES - Julgamento: 29/01/2019 - SÉTIMA CÂMARA CRIMINAL)

4. Da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):

No âmbito do SUS, a RAPS é composta por diversos serviços e equipamentos de atenção à saúde mental, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), Unidades de Pronto Atendimento (UPA'S), Consultório na Rua, Unidades de Acolhimento (UAs), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Programa de Volta para Casa, Centro de Convivência, Hospitais Gerais e Cuidado em Liberdade¹.

Nos termos da [Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017](#), a finalidade da RAPS é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Por sua vez, a Atenção Básica é a porta de entrada do SUS e constitui-se como o centro de comunicação da rede de Atenção à Saúde, com papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade.

No que diz respeito ao CAPS, equipamento que realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades provenientes do uso de álcool e drogas, há diversas modalidades conforme se verifica abaixo²:

- **CAPS I:** *Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais*

¹ Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme/raps>. Último acesso em 15.05.24

² Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme/raps/caps>. Último acesso em 15.05.24

e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes.

- **CAPS II:** *Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.*
- **CAPS I:** *Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.*
- **CAPS ad Álcool e Drogas:** *Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.*
- **CAPS III:** *Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad, possuindo até 05 (cinco) leitos para acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.*
- **CAPS ad III Álcool e Drogas:** *Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.*

Os CAPS são constituídos por equipes multiprofissionais, com atuação interdisciplinar em caráter aberto e comunitário. Quando necessário, o CAPS é o serviço responsável por indicar a internação ao usuário, fazer o acompanhamento durante esse período, realizar o planejamento articulado de alta médica, bem como efetuar acompanhamento posterior, objetivando sempre o restabelecimento do indivíduo na sociedade e sua autonomia.

Importante destacar, por fim, que as Unidades de Acolhimento - UAs são residências temporárias para as pessoas como necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, acompanhadas pelos CAPS, que estejam em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandam acolhimento. Esse serviço oferece cuidados contínuos (24 horas) em ambiente inserido na comunidade.

5. Da atuação do Ministério Público:

A norma do artigo 127, *caput* da Constituição Federal prescreve expressamente que “o Ministério Público é instituição permanente e essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e **individuais indisponíveis**”. Ademais, o artigo 79, §3º da Lei 13.146/15 também confere, de maneira expressa, legitimidade ativa extraordinária ao

Ministério Público para demandar em nome próprio em Juízo direitos assegurados às pessoas com deficiência, entre elas pessoas com deficiência mental/psicossocial.

O Ministério Público deverá atuar apenas quando a **pessoa com deficiência estiver em situação de risco**, decorrente de fatores diversos (por exemplo: situação de rua, dependência química, abandono, maus-tratos, dentre outros) associados com à inexistência ou fragilidade dos vínculos familiares, muitas vezes pelas condições de vulnerabilidade social extrema do indivíduo e do seu núcleo. Nesse sentido, o Promotor (a) de Justiça, ao receber a notícia de que o indivíduo (pessoa com transtorno mental) está em situação de risco, inclusive pelo uso abusivo de drogas, **deverá oficiar a rede de Saúde Mental ou Unidade de Atenção Primária da localidade para que realize o acompanhamento ou, caso já acompanhe, indicar quais as medidas que estão sendo adotadas a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS)**. Sugere-se que seja requerido relatório multidisciplinar atualizado, que servirá para que sejam dados os encaminhamentos pertinentes na via extrajudicial, bem como para subsidiar eventual ação judicial por parte do Promotor (a).

O **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** do paciente, deve prever, minimamente, sem prejuízo de outras informações que se mostrarem pertinentes: (i) os resultados da avaliação multidisciplinar; (ii) os objetivos declarados pelo atendido; (iii) a previsão de suas atividades de reinserção social; (iv) atividades de integração e apoio à família; (v) formas de participação da família para efetivo cumprimento do plano individual, quando possível (vi) designação das ações mais adequadas para o cumprimento do previsto no PTS; (vii) as medidas específicas de atenção à saúde do atendido; (viii) possibilidade de participação dos profissionais da rede extra-hospitalar que acompanham o paciente.

Destaca-se que o PTS é um instrumento dinâmico que deve ser revisto periodicamente a fim de se certificar se atende às singularidades do paciente e à evolução do tratamento, sendo essencial, ainda, que indique os profissionais de referência responsáveis pela elaboração do instrumento e pela execução das ações nele previstas.

Na hipótese de o indivíduo estar em crise, deve-se verificar se já foi discutida pela equipe multidisciplinar da rede de atenção psicossocial a possibilidade de incluí-lo em unidades com recurso à crise, como CAPS III com acolhimento noturno, ou a internação em leito de atenção à crise em hospital geral. **Recorde-se que a internação involuntária não necessita de pedido junto ao Poder Judiciário, bastando a indicação médica.**

A demanda, muitas vezes, é por acolhimento com cuidados pós alta em leito de atenção à crise, quando aquela pessoa não tem condições de vida independente e não possui mais vínculos familiares ou afetivos, ou os vínculos se encontram fragilizados, sendo necessária moradia com cuidados para as atividades da vida diária (AVDs). Como essa é uma demanda, como regra, não atendida pelos Municípios, caso não haja solução extrajudicial, será necessário ajuizar ação de obrigação de fazer contra o Município para obtenção de vaga no serviço adequado ou custeio na rede particular.

Sendo assim, na prática o Promotor (a) de Justiça normalmente se depara com as seguintes situações: **(i) omissão da rede em proceder a avaliação do paciente e conduzir para leito de atenção à crise; (ii) ausência de serviço para acolhimento ou de vaga na rede pública, quando a situação da crise já se encontra estabilizada e não há possibilidade de moradia independente ou reinserção familiar.**

Em ambos os casos, esgotadas as vias administrativas, recomenda-se a propositura de **ação de obrigação de fazer**, a fim de compelir o Município (CAPS/Atenção Básica) a, no primeiro caso, proceder a avaliação do usuário, com entrada em domicílio se for preciso, para verificar a necessidade da internação involuntária. Desta forma, a internação não deixará de ficar a cargo dos profissionais com expertise para tanto. No segundo caso, o pedido será para disponibilização de vaga para acolhimento ou moradia com apoio na rede pública, com pedido subsidiário de custeio pelo poder público na rede privada.

Somente de forma excepcionalíssima, **a ser verificada casuisticamente**, sugere-se proceder com pedido de internação compulsória junto ao Poder Judiciário, sempre deixando claro que deverá ser acompanhada pela Rede de Saúde Mental e que a alta é um ato médico, não estando condicionada à autorização judicial, sem prejuízo de, em paralelo, manter o procedimento administrativo para que seja promovida a integral proteção da pessoa, vale dizer, até a cessação da situação de risco que ensejou a atuação do Ministério Público na defesa do respectivo interesse individual indisponível.

Rio de Janeiro, 8 de julho de 2024.

Carolina Maria Gurgel Senra
CAO Cível e Pessoa com Deficiência
FT Desinst

Denise da Silva Vidal
CAO Saúde
GTT Internações Involuntárias em Clínicas
Psiquiátricas Privadas

Christiane de Amorim Cavassa Freire
CAO Consumidor
GTT Internações Involuntárias em Clínicas
Psiquiátricas Privadas

Ana Paula Pinto Guimarães
Servidora CAO Cível PDef

Renata Scharfstein
CAO Cível e Pessoa com Deficiência
GTT Internações Involuntárias em
Clínicas Psiquiátricas Privadas

Elisa Maria Azevedo Macedo Barbosa
CAO Pessoa Idosa
GTT Internações Involuntárias em Clínicas
Psiquiátricas Privadas

Marcele Moreira Tavares Navega
GTT Internações Involuntárias em Clínicas
Psiquiátricas Privadas GTT

6. Referências:

- Direitos Humanos e Saúde Mental no Brasil, Observatório Direito dos Pacientes, 2019.
- MAZZUCHI, Angelo. *O Ministério Público Diante da Procura por Internações Psiquiátricas* – [clique aqui](#);
- CAETANO, Haroldo; CAIXETA, Mario Henrique. *Internação Forçada do Usuário ou Dependente de Drogas: Fundamentos Jurídicos e Limites à Atuação Jurisdicional* – [clique aqui](#);
- Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Conselho Federal de Psicologia (CFP); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC/MPF) – [clique aqui](#);
- Nota Técnica sobre a Internação Compulsória de Usuários de Drogas em Comunidades Terapêuticas. Ministério Público da União; Defensoria Pública da União – [clique aqui](#).
- DAYRELL, Marcelo. *Direito à Saúde Mental no Brasil Ficção ou Realidade?* Ed. Dialética. 2021.