

FACULDADE DE DIREITO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

TAMIRES ROCHA MELO VIEIRA

INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA POR TRANSTORNOS
RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:
Uma análise da realidade de Belo Horizonte pela ótica da bioética da proteção

BELO HORIZONTE

2026

Tamires Rocha Melo Vieira

**INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA POR TRANSTORNOS
RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:**

Uma análise da realidade de Belo Horizonte pela ótica da bioética da proteção

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Fabio Queiroz Pereira.

Coorientador: Prof. Dr. Bernardo de Mattos Viana.

BELO HORIZONTE

2026

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Meire Queiroz - CRB-6/2233.

V657i Vieira, Tamires Rocha Melo
Internação psiquiátrica compulsória por transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas [manuscrito]: uma análise da realidade de Belo Horizonte pela ótica da bioética da proteção / Tamires Rocha Melo Vieira. - 2026.
178 f.

Orientador: Fabio Queiroz Pereira.
Coorientador: Bernardo de Mattos Viana.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Direito.

Bibliografia: f. 169-175.

1. Direito - Teses. 2. Ação judicial - Teses. 3. Doenças mentais - Tratamento - Teses. 4. Bioética - Aspectos jurídicos - Teses. I. Pereira, Fabio Queiroz. II. Viana, Bernardo de Mattos. III. Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Direito. IV. Título.

CDU: 347.922(815.11)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

UFMG

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA TAMIRES ROCHA MELO VIEIRA


Realizou-se, no dia 04 de março de 2026, às 14:00 horas, na Faculdade de Direito, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA COMPULSÓRIA POR TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Uma análise da realidade de Belo Horizonte pela ótica da bioética da proteção*, apresentada por TAMIRES ROCHA MELO VIEIRA, número de registro 2024653370, graduada no curso de DIREITO/DIURNO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em DIREITO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Fabio Queiroz Pereira - Orientador (UFMG), Prof(a). Bernardo de Mattos Viana (UFMG), Prof(a). Mariana Alves Lara (UFMG), Prof(a). Carla Vasconcelos Carvalho (UFMG).


A Comissão considerou a dissertação:


Aprovada, tendo obtido a nota 98. (NOVENA E OITO)


Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 04 de março de 2026.


Prof(a). Fabio Queiroz Pereira (Doutor) Nota: 98 (NOVENA E OITO)


Prof(a). Bernardo de Mattos Viana (Doutor) Nota: 98 (NOVENA E OITO)


Prof(a). Mariana Alves Lara (Doutora) Nota: 98 (noventa e oito)


Prof(a). Carla Vasconcelos Carvalho (Doutora) Nota: 98 (NOVENA E OITO)

AGRADECIMENTOS

A conclusão de um projeto tão significativo como o mestrado é também um momento de reconhecer e agradecer às pessoas que, de diferentes formas, contribuíram para que este trabalho se tornasse possível.

Aos meus pais, Rozário José Vieira e Sandra Rocha Melo Vieira, agradeço a educação que me proporcionaram, não apenas no plano acadêmico, mas também na formação de valores, especialmente quanto à seriedade, dedicação e responsabilidade no trabalho.

Ao meu irmão, Antônio Augusto Rocha Melo Vieira, meu melhor amigo, agradeço por ser uma fonte constante de apoio, em suas mais diversas formas, sem o qual certamente não teria conseguido concluir esta dissertação.

Aos meus amigos e ao meu namorado, Lucas Thadeu da Silva Ramos, agradeço pelo apoio, pela compreensão e por estarem ao meu lado ao longo do período intenso do mestrado.

Ao meu orientador, Professor Dr. Fábio Queiroz Pereira, agradeço pela disponibilidade, pelas orientações sempre atentas e pelos apontamentos precisos, que foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao meu coorientador, Professor Dr. Bernardo de Mattos Viana, agradeço pelas valiosas contribuições e reflexões compartilhadas ao longo da pesquisa, fruto de sua reconhecida experiência na área da saúde mental, que enriqueceram significativamente esta dissertação.

RESUMO

Esta dissertação analisa as ações judiciais de internação psiquiátrica compulsória relacionadas a transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas que tramitaram na Comarca de Belo Horizonte entre 2013 e 2024, à luz da bioética da proteção.

A pesquisa possui abordagem jurídico-compreensiva e jurídico-propositiva. A partir de levantamento realizado no sistema Processo Judicial Eletrônico do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, extraiu-se uma amostra final de 52 ações cíveis com tramitação encerrada e diagnóstico relacionado ao uso de substâncias psicoativas. Os dados foram coletados e analisados por meio de instrumento próprio, composto por 39 quesitos, permitindo a avaliação sistemática dos aspectos processuais, probatórios e decisórios das demandas.

No plano teórico, o trabalho examina os fundamentos da bioética da proteção, especialmente a distinção entre vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração, bem como os seus critérios para diferenciar atos protetivos de práticas paternalistas. No plano normativo, analisa-se o conjunto de normas que disciplinam a saúde mental, o consentimento para tratamentos de saúde e as internações psiquiátricas, com destaque para a Lei nº 10.216/2001, a Lei de Drogas, o Estatuto da Pessoa com Deficiência, o Código Civil, portarias ministeriais e resoluções do Conselho Federal de Medicina.

A análise empírica realizada evidenciou fragilidades relevantes na condução dos processos, como imprecisão conceitual sobre a internação psiquiátrica, insuficiência de avaliações médicas diretas e atuais, encaminhamento a estabelecimentos tecnicamente inadequados, deficiências na garantia do contraditório e da ampla defesa e morosidade das respostas judiciais. Conclui-se que tais falhas comprometem o potencial protetivo da intervenção judicial, aproximando-a de práticas paternalistas ou, em alguns casos, expondo as pessoas envolvidas a situações de risco. Ao final, são apresentadas propostas de aprimoramento voltadas ao fortalecimento do caráter protetivo da internação psiquiátrica compulsória, em conformidade com os parâmetros éticos e normativos aplicáveis.

Palavras-chave: Internação psiquiátrica compulsória. Transtornos por uso de substâncias psicoativas. Bioética da proteção.

ABSTRACT

This dissertation analyzes judicial actions involving compulsory psychiatric hospitalization related to disorders arising from the use of psychoactive substances that were processed in the District of Belo Horizonte between 2013 and 2024, from the perspective of the bioethics of protection.

The research adopts a juridical-comprehensive and juridical-propositional approach. Based on a survey conducted through the Electronic Judicial Process system of the Minas Gerais Court of Justice, a final sample of 52 civil actions with concluded proceedings and diagnoses related to psychoactive substance use was selected. Data were collected and analyzed using a specific research instrument composed of 39 variables, allowing for a systematic assessment of the procedural, evidentiary, and decisional aspects of the cases.

From a theoretical standpoint, the study examines the foundations of the bioethics of protection, particularly the distinction between vulnerability, susceptibility, and vulneration, as well as the criteria used to differentiate protective actions from paternalistic practices. From a normative perspective, the research analyzes the legal framework governing mental health, consent to health treatments, and psychiatric hospitalizations, with particular emphasis on Law n° 10.216/2001, Law n° 13.840/2019, the Statute of Persons with Disabilities, the Civil Code, ministerial ordinances, and resolutions issued by the Federal Council of Medicine.

The empirical analysis revealed significant shortcomings in the handling of these proceedings, including conceptual imprecision regarding psychiatric hospitalization, insufficient direct and up-to-date medical evaluations, referrals to technically inadequate institutions, deficiencies in ensuring adversarial proceedings and the right to a full defense, and delays in judicial responses. It is concluded that such failures undermine the protective potential of judicial intervention, bringing it closer to paternalistic practices or, in some cases, exposing the individuals involved to situations of risk. Finally, the dissertation presents proposals aimed at strengthening the protective character of compulsory psychiatric hospitalization, in accordance with the applicable ethical and normative parameters.

Key-words: Compulsory psychiatric hospitalization. Substance use disorders. Bioethics of protection.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E DILEMAS ÉTICOS EM TRATAMENTOS SEM CONSENTIMENTO.....	14
1.1 Fundamentos da bioética da proteção	14
1.2 O princípio da autonomia	22
1.3 Consentimento livre e informado.....	25
1.4 Exceções à regra do consentimento informado, princípio da beneficência e paternalismo	30
1.5 Tratamentos sem consentimento: proteção ou paternalismo?.....	35
2. MARCOS REGULATÓRIOS SOBRE CONSENTIMENTO, SAÚDE MENTAL E TRATAMENTO DE TRANSTORNOS POR USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	39
2.1 Normas Legais	39
2.1.1 Lei da Reforma Psiquiátrica.....	39
2.1.2 Lei de Drogas.....	53
2.1.3 Código Civil.....	61
2.1.4 Estatuto da Pessoa com Deficiência.....	63
2.2 Normas infralegais	70
2.2.1 Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.....	70
2.2.2 Resoluções e Recomendações do Conselho Federal de Medicina	80
2.2.2.1 Código de Ética Médica.....	80
2.2.2.2 Resolução CFM nº 2.057/2013	84
2.2.2.3 Recomendação CFM nº 1/2016.....	90
2.2.2.4 Resolução CFM nº 2.232/2019	92
3 ANÁLISE DAS AÇÕES DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA COMPULSÓRIA EM BELO HORIZONTE DE 2013 A 2024	95
3.1 Metodologia para o levantamento e análise dos dados das ações de internação compulsória.....	95
3.1.1 Limitações da pesquisa.....	98
3.2 Considerações sobre os aspectos processuais das ações de internação psiquiátrica compulsória....	98
3.2.1 Competência para processar e julgar as ações	98
3.2.2 Legitimidade para figurar no polo ativo e passivo da ação.....	101
3.2.2.1 Legitimidade ativa.....	101
3.2.2.2 Legitimidade passiva	105
3.2.3 Objeto da ação de internação psiquiátrica compulsória.....	112
3.2.4 Tramitação em segredo de justiça e atribuição de sigilo a documentos do processo	114

3.2.5 Desnecessidade de ajuizamento prévio de ação de curatela e impossibilidade de cumulação de pedidos	116
3.3 Apresentação e análise dos demais dados coletados	118
3.3.1 Perfil das pessoas envolvidas.....	118
3.3.2 Características das decisões sobre a tutela de urgência e do cumprimento das medidas liminares deferidas	122
3.3.3 Avaliação da pessoa com transtorno por uso de substância.....	127
3.3.3.1 Relatórios Médicos ou Pareceres Técnicos Apresentados com a Petição Inicial.....	127
3.3.3.2 Produção de prova técnica no curso do processo	128
3.3.4 Sentenças proferidas nas ações de internação psiquiátrica compulsória	131
3.3.4.1 Conteúdo das sentenças	132
3.3.4.2 Examinando alguns dos motivos de extinção sem resolução do mérito	134
4. DESAFIOS IDENTIFICADOS NAS AÇÕES DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E CAMINHOS DE APRIMORAMENTO	136
4.1 Imprecisão conceitual sobre internação e seus efeitos nos processos	136
4.2 Análise das instituições particulares mencionadas nos processos da amostra como destino das pessoas com transtorno por uso de substâncias	143
4.3 Informações extraídas dos processos sobre a Rede de Atenção Psicossocial em Belo Horizonte	148
4.4 Desafios na avaliação da pessoa com transtorno por uso de substâncias	153
4.5 A ausência de disciplina processual específica na internação psiquiátrica compulsória e seus reflexos sobre as garantias processuais	160
CONCLUSÃO.....	162
REFERÊNCIAS	169
ANEXOS.....	176

INTRODUÇÃO

A Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, estabelece como diretriz a prioridade do tratamento das pessoas com transtorno mental em serviços extra-hospitalares e inseridos na comunidade. A internação psiquiátrica, enquanto modalidade de tratamento hospitalar, é medida de caráter excepcional, admitida apenas quando demonstrada a insuficiência dos recursos extra-hospitalares para a adequada atenção à saúde da pessoa.

Nos termos da Lei da Reforma Psiquiátrica, a internação psiquiátrica pode ocorrer em três modalidades: voluntária, quando realizada com o consentimento da pessoa com transtorno mental; involuntária, quando efetivada sem o consentimento do usuário; e compulsória, quando determinada por ordem judicial. Tanto na internação involuntária quanto na compulsória, a exigência de consentimento prévio é excepcionalmente afastada em razão da ausência de capacidade¹ para consentir ou de voluntariedade da pessoa², bem como em situações emergenciais que inviabilizam sua obtenção.

O objeto desta pesquisa é a internação psiquiátrica em sua modalidade compulsória que envolva pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Considerando que essa forma de tratamento, por definição, pressupõe a existência de ação judicial, para o adequado entendimento do objeto em toda a sua abrangência, foi selecionada para análise uma amostra composta por 52 processos que tramitaram na comarca de Belo Horizonte no período de 2013 a 2024³, conforme critérios que serão detalhadamente explicados no item 3.1 deste trabalho.

Nesse contexto, a pesquisa se orienta pelo seguinte questionamento: em que medida as ações de internação psiquiátrica compulsória relacionadas a transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, que tramitaram na Comarca de Belo Horizonte entre 2013 e 2024, observaram os princípios éticos da bioética da proteção e os parâmetros normativos aplicáveis a essa modalidade de tratamento?

¹ A pessoa é capaz quando possui aptidão para compreender a terapêutica proposta, avaliar os riscos e benefícios envolvidos e manifestar decisão autônoma a partir dessa deliberação. (BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. Tradução de Luciana Pudenz. São Paulo: Loyola, 2002. p. 155)

² A voluntariedade consiste na atuação livre de influências externas indevidas, exercidas por terceiros por meio de coerção, persuasão ou manipulação. (BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 187/188)

³ O intervalo temporal adotado não decorre de uma escolha metodológica deliberada, mas, sim, corresponde aos processos disponíveis para consulta em formato eletrônico no sistema do Tribunal de Justiça de Minas Gerais na data da pesquisa (16/12/2024). Registra-se, ainda, que não foram realizadas buscas posteriores com o objetivo de incluir processos mais recentes, uma vez que a análise detalhada dos autos demandou tempo significativo, inviabilizando a ampliação da amostra.

Como o tema problema da pesquisa já indica, a bioética da proteção constitui o marco teórico desta dissertação e será examinada no capítulo 1.

Trata-se de corrente bioética formulada por Fermin Roland Schramm e Miguel Kottow, que parte da premissa de que a bioética principialista tradicional se revela insuficiente para enfrentar os dilemas éticos próprios da saúde coletiva, especialmente em contextos marcados por desigualdades estruturais. Em resposta a essa limitação, os autores propõem o princípio da proteção como instrumento ético voltado à promoção da equidade em favor de pessoas ou grupos em situação de suscetibilidade ou vulneração.

De acordo com a bioética da proteção, a vulnerabilidade é uma condição inerente à existência humana, podendo se agravar para a suscetibilidade, quando há dano que compromete a integridade do indivíduo, ou para a vulneração, nas hipóteses de danos e carências extremas. Estabelece-se, assim, uma gradação entre vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração, que deve orientar a atuação do agente moral na adoção de medidas proporcionais à gravidade da situação vivenciada pelo paciente moral, desde contextos que não demandam intervenção imediata até aqueles que exigem ações urgentes de proteção.

Conforme será proposto ao final do capítulo 1, o princípio da proteção pode ser compreendido a partir de três eixos centrais que permitem diferenciar atos protetivos de atos paternalistas, esses eixos serão adotados como referencial ético para a interpretação da amostra de processos de internação psiquiátrica compulsória selecionada para a pesquisa.

O primeiro eixo se refere aos destinatários da proteção, que deve ser dirigida a sujeitos suscetíveis e, principalmente, vulnerados que não dispõem de meios próprios para se proteger. O segundo eixo diz respeito ao elevado grau de respeito à autonomia do sujeito, razão pela qual intervenções realizadas sem a obtenção de consentimento devem ser excepcionais, admitidas apenas em situações de emergência sanitária ou quando o indivíduo não detém aptidão para consentir. O terceiro eixo se relaciona à finalidade do ato de proteção, que deve estar orientado à criação de condições para o desenvolvimento das potencialidades do sujeito e para o exercício futuro de sua autonomia.

Em seguida, o capítulo 2 se dedicará à investigação dos marcos normativos que disciplinam a capacidade para consentir com tratamentos de saúde, a exigência de consentimento prévio para a realização de intervenções e os pressupostos que orientam o tratamento psiquiátrico, especialmente nos casos de transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas. A apreciação será desenvolvida em duas etapas, abrangendo, inicialmente, as normas legais e, posteriormente, as normas infralegais.

O estudo terá início com a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), que constitui o marco normativo central da política de saúde mental no ordenamento jurídico brasileiro. A referida lei assegura direitos fundamentais às pessoas com transtornos mentais, estabelecendo que o tratamento deve ser prestado com humanidade e respeito, no interesse exclusivo da promoção da saúde do usuário, e realizado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde.

Na sequência, será examinado o art. 23-A da Lei de Drogas, incluído pela Lei nº 13.840/2019, dispositivo que estabelece parâmetros para o tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas e para as modalidades de internação previstas no âmbito das políticas públicas sobre drogas, as internações voluntária e involuntária, que podem ser utilizados de forma analógica para a internação compulsória.

Mais adiante, o capítulo analisará os arts. 4º e 15 do Código Civil (Lei nº 10.406/2002) e os arts. 2º, 11 e 13 do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), com o objetivo de compreender os fundamentos jurídicos da capacidade para o consentimento em tratamentos de saúde e as hipóteses excepcionais em que se admite a substituição da vontade da pessoa a ser tratada.

A segunda parte do capítulo será dedicada ao estudo das normas infralegais aplicáveis à saúde mental, com destaque para o Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, que organiza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e descreve os componentes extra-hospitalares e hospitalares do cuidado em saúde mental, reafirmando a diretriz da prioridade do tratamento em serviços comunitários de saúde. Serão examinadas, ainda, normas éticas e técnicas editadas pelo Conselho Federal de Medicina que se relacionam, em alguma medida, ao objeto da pesquisa, notadamente o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018), a Resolução CFM nº 2.057/2013, a Recomendação CFM nº 1/2016 e a Resolução CFM nº 2.232/2019.

O Capítulo 3 apresentará os procedimentos adotados para a seleção da amostra de processos analisados nesta pesquisa e para a coleta das informações neles contidas, examinando, em seguida, os dados extraídos.

Nele, serão examinados os principais aspectos processuais das ações de internação psiquiátrica compulsória, com ênfase na competência para processar e julgar as demandas, na legitimidade das partes e na delimitação do objeto litigioso, inclusive quanto à necessidade de tramitação sob sigilo de justiça ou à atribuição de sigilo a documentos que contenham dados sensíveis. O capítulo também discutirá questões jurídicas como a desnecessidade do

ajuizamento prévio de ação de curatela e a impossibilidade de cumulação desse pedido com o de internação psiquiátrica. Além disso, serão analisados os perfis das pessoas envolvidas nos processos, as características das decisões relacionadas à tutela de urgência e ao cumprimento das medidas de internação, os procedimentos adotados para a avaliação da saúde mental da pessoa com transtorno por uso de substâncias psicoativas e o conteúdo das sentenças proferidas.

Aprofundando-se o estudo dos dados coletados, o Capítulo 4 se dedicará à identificação dos principais desafios observados nas ações de internação psiquiátrica compulsória, apresentando, ao final, propostas de aprimoramento fundamentadas no marco teórico da pesquisa.

O primeiro desafio que será abordado diz respeito à recorrente imprecisão conceitual quanto ao significado técnico da internação psiquiátrica, modalidade de tratamento hospitalar dotada de exigências técnicas mínimas específicas, que não se confunde com outras formas de atendimento em saúde mental, como os tratamentos ambulatoriais.

O capítulo demonstrará, além disso, que, na maioria dos casos em que a tutela de urgência foi cumprida em instituição privada, o estabelecimento não atendia às exigências técnicas previstas para o tratamento psiquiátrico de natureza hospitalar. Também será evidenciado que, em outros casos, a ausência de resposta institucional ou judicial efetiva levou os familiares a recorrerem a soluções extrajudiciais, geralmente por meio de estabelecimentos privados de menor custo, incompatíveis com os requisitos mínimos da internação psiquiátrica.

Outro desafio relevante identificado se refere à avaliação da pessoa com transtorno por uso de substâncias. Como será abordado no capítulo 4, embora a maioria dos processos tenha sido instruída com documentos médicos que indicavam a internação psiquiátrica, apenas uma parcela reduzida desses documentos foi certamente elaborada a partir de exame clínico direto da pessoa cuja internação se pretendia. Na maior parte dos casos, o documento que acompanhou a petição inicial consistia em relatório médico “indireto” ou parecer técnico fundamentados em análise documental e em relatos de terceiros, e não em relatório médico circunstanciado, conforme exigido pelo art. 6º da Lei nº 10.216/2001.

O capítulo evidenciará, ainda, deficiências relevantes na garantia do direito de defesa da pessoa com transtorno mental por uso de substâncias psicoativas envolvida. Isso porque a citação do sujeito ocorreu em percentual reduzido de processos, assim como a nomeação de curador especial. Em diversos casos, essas providências deixaram de ser observadas ou foram adotadas sem observância das formalidades processuais, comprometendo o exercício do contraditório.

Por fim, depois de identificados os aspectos problemáticos na condução dos processos de internação psiquiátrica compulsória que compõem a amostra selecionada, o capítulo 4 discutirá os possíveis caminhos de aprimoramento do procedimento, de modo a preservar a sua finalidade protetiva.

1. BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E DILEMAS ÉTICOS EM TRATAMENTOS SEM CONSENTIMENTO

Este capítulo tem como objetivo apresentar os fundamentos da bioética da proteção (BP), proposta por Fermin Roland Schramm e Miguel Kottow, que será adotada como parâmetro ético para a análise das ações de internação psiquiátrica compulsória no capítulo 4. Busca-se, também, demonstrar a sua interlocução com a Bioética Principlista desenvolvida por Tom L. Beauchamp e James F. Childress, com ênfase nos princípios do respeito à autonomia e da beneficência, bem como nos conceitos de consentimento informado e paternalismo.

Ao final, propõe-se uma reflexão sobre os significados dos termos “proteção” e “paternalismo”, com o objetivo de estabelecer suas diferenças conceituais e sugerir critérios para distingui-los teoricamente e na prática.

1.1 Fundamentos da bioética da proteção

A bioética da proteção é um modelo ético formulado no início do século XXI por Schramm e Kottow⁴, a partir da reflexão crítica sobre a capacidade da bioética principlista tradicional de responder aos dilemas morais que emergem nas práticas e políticas de saúde coletiva.

Partindo desse questionamento, os autores apontam que o modelo principlista de Beauchamp e Childress⁵, formulado para orientar relações individuais como a do médico com o paciente, é insuficiente para enfrentar os desafios éticos da saúde coletiva, centrada em ações voltadas a populações e seus contextos socioambientais. Ressaltam, contudo, que isso não exclui possíveis interações e convergências entre a ética biomédica clínica e a saúde coletiva⁶.

Nesse cenário, Schramm e Kottow propuseram o princípio da proteção, fundamento da BP, como instrumento para enfrentar os dilemas éticos da saúde coletiva, especialmente em contextos marcados por desigualdades estruturais. Por isso, a bioética da proteção pode ser

⁴ SCHRAMM, Fermin Roland; KOTTOW, Miguel. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, jul./ago. 2001.

⁵ Como sintetizado pelos por Beauchamp e Childress, os quatro princípios centrais à ética biomédica são os seguintes: “(1) o respeito pela autonomia (uma norma sobre o respeito pela capacidade de tomar decisões de pessoas autônomas), (2) a não-maleficência (uma norma que previne que se provoquem danos), (3) a beneficência (um grupo de normas para proporcionar benefícios e para ponderar benefícios contra riscos e custos), e (4) a justiça (um grupo de normas para distribuir os benefícios, os riscos e os custos de forma justa)” (BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 56).

⁶ SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M., **Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas**, p. 951.

concebida como uma “ética da desigualdade”⁷, ao propor que as ações protetivas sejam direcionadas àqueles em situação de vulneração, atuando como instrumento concreto para a promoção da equidade.

Para Schramm e Kottow, a proteção pode ser conceituada como “a atitude de oferecer resguardo ou cobertura de necessidades essenciais, ou seja, aquelas que devem ser satisfeitas para que a pessoa afetada possa atender a outras necessidades ou interesses”⁸. Em outras palavras, a ação protetora deve garantir que a pessoa afetada acesse as condições básicas necessárias para que ela mesma possa, em seguida, buscar satisfazer outros objetivos.

E mais, o princípio da proteção apresenta as seguintes características: (1) gratuidade: por não existir um compromisso prévio de assumir atitudes protetivas; (2) vinculação: o que significa dizer que, uma vez livremente assumido o compromisso de proteção, ele se torna irrenunciável; (3) cobertura das necessidades, entendidas a partir da perspectiva da pessoa afetada⁹.

No campo sanitário, a proteção se expressa como uma proposta de “cuidado com a cidadania”¹⁰, voltada à prevenção de doenças e à promoção de um ambiente saudável. Assim, a BP deve ser reconhecida como uma ferramenta teórico-prática de duplo sentido: ao mesmo tempo em que se opõe às ameaças, promove o desenvolvimento pessoal¹¹.

Partindo dessa linha de raciocínio, de acordo com Schramm, a proteção se desdobra em duas espécies de ações a serem adotadas pelo agente moral: 1) de caráter negativo, voltadas à prevenção de doenças e de ameaças que possam comprometer a qualidade de vida da população; 2) de caráter positivo, relacionada à promoção do autodesenvolvimento humano, condição essencial para o exercício da autonomia individual¹².

Para avançar na compreensão da bioética da proteção, também se faz necessário entender os conceitos de vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração, conforme desenvolvidas por Carlos Alberto Bizarro Rodrigues e Fermin Roland Schramm¹³. Em linhas gerais, de acordo

⁷ SCHRAMM, Fermin Roland. **A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias?** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5. 2017. p. 1535.

⁸ SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M., **Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas**, p. 952. Tradução da autora.

⁹ SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M., **Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas**, p. 953.

¹⁰ SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M., **Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas**, p. 954. Tradução da autora.

¹¹ POSSAMAI, Verônica Ribeiro; SIQUEIRA BATISTA, Rodrigo. Bioética da proteção de Schramm e Kottow: princípios, alcances e conversações. *Revista Bioética*, Brasília, v. 30, n. 1, jan./abr. 2022, p. 13.

¹² SCHRAMM. **A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias?** p. 1536.

¹³ “Se a vulnerabilidade é uma característica descritiva universal do ser humano, ela dificilmente é uma descrição apropriada de anomalias acidentais que acometem a vida de muitos, sendo necessária, portanto, uma segunda definição – mais específica –, que abranja situações em que os indivíduos sofrem determinado dano e perdem uma suposta integridade original. [...] Com isso, pretende-se afirmar que a vulnerabilidade é um atributo essencial da

com bioética da proteção, a vulnerabilidade é uma condição inerente a todos os seres humanos, pois decorre da fragilidade da própria espécie, trata-se de característica descritiva universal que não exige qualquer intervenção imediata. A suscetibilidade caracteriza aqueles que já sofreram algum dano, passando de um estado de integridade para uma condição de individualidade ferida, constituindo uma condição acidental e específica que demanda intervenção por meio de diagnóstico e tratamento. Já a vulneração faz referência a situações de dano e carência extremas, nas quais os indivíduos se encontram em condições de vida desfavoráveis, marcadas por negligência ou abandono institucional, sem meios de se protegerem por conta própria, o que exige a adoção imediata de ações protetivas.

Aqui se mostra pertinente realizar uma breve digressão, a fim de esclarecer que há uma disputa conceitual em torno do termo “vulnerabilidade”. A noção de grupos vulneráveis é inicialmente tratada de forma explícita no Relatório de Belmont¹⁴, documento elaborado pela Comissão Nacional para a Proteção dos Sujeitos Humanos de Pesquisa Biomédica e Comportamental, instituída nos Estados Unidos em 1974 para formular os princípios éticos básicos que deveriam ser observados no contexto das pesquisas com seres humanos.

Ao tratar dos critérios de seleção de participantes em pesquisas científicas, o referido documento estabelece que sujeitos vulneráveis devem ser protegidos contra o risco de serem incluídos em estudos apenas por razões de conveniência administrativa ou por serem facilmente manipuláveis em razão de sua condição de saúde ou de sua situação socioeconômica¹⁵. Em seguida, o relatório exemplifica como grupos vulneráveis, as minorias raciais, as pessoas

espécie humana, ao passo que a suscetibilidade constitui condição acidental e específica a ser diagnosticada e tratada, visto que os indivíduos suscetíveis já sofrem de determinado dano, isto é, eles foram deslocados do estado de integridade individual para o da individualidade ferida. [...] A vulneração compreende situações em que o indivíduo ou a coletividade não são capazes de se defender por si mesmos, por razões que independem de sua vontade, tais como condições de vida desfavoráveis ou negligência e/ou abandono por parte das instituições. Essas situações reivindicam o desenvolvimento e a aplicação de ações protetivas que promovam o resgate da vulnerabilidade perdida. Em outros termos, a vulneração é a condição existencial de quem se encontra submetido a danos e carências efetivos a priori, como aquelas situações frequentemente encontradas no cotidiano de privação das populações e indivíduos marcados por iniquidade ou indigência.” (RODRIGUES, Carlos Alberto Bizarro; SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética de proteção: fundamentos e perspectiva. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 2, abr./jun. 2022. p. 358/359)

¹⁴ LUNA, Florencia. Elucidating the concept of vulnerability: layers not labels. **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics**, v. 2, n. 1, p. 121–139, 2009; NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 157–172, 2006; ROGERS, Wendy; MACKENZIE, Catriona; DODDS, Susan. Why bioethics needs a concept of vulnerability. **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics, Bloomington**, v. 5, n. 2, p. 11–38, 2012.

¹⁵ NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. **The Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research**. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979. p. 9.

economicamente desfavorecidas, os indivíduos gravemente enfermos e aqueles submetidos a regimes de institucionalização¹⁶.

A partir desse marco, o significado do termo vulnerabilidade passou a ser amplamente debatido no campo da bioética, com o objetivo de aprimorá-lo como instrumento conceitual. Seguindo essa linha, ao invés de uma categorização fixa e imutável de vulneráveis, Florencia Luna propõe que a vulnerabilidade deve ser compreendida por meio da metáfora das camadas, pela qual o sujeito pode apresentar distintas dimensões de vulnerabilidade, passíveis, inclusive, de sobreposição. Essa abordagem confere maior flexibilidade ao conceito, permitindo ajustá-lo às circunstâncias concretas da pessoa.¹⁷

Por sua vez, Wendy Rogers, Catriona Mackenzie e Susan Dodds propõem três classificações distintas de fontes de vulnerabilidade, que podem, inclusive, sobrepor-se: a inerente, a situacional e a patogênica.

As fontes inerentes de vulnerabilidade são da própria condição humana e surgem da nossa corporeidade, de nossas necessidades da nossa dependência dos outros e da nossa natureza afetiva e social¹⁸. A vulnerabilidade situacional é aquela que surge de forma específica em determinado contexto e que é causada ou agravada pelas condições pessoais, sociais, políticas, econômicas ou ambientais de uma pessoa ou de um grupo social¹⁹. Ela pode assumir

¹⁶ NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. **The Belmont Report**... p. 9.

¹⁷ “Proponho que o conceito de vulnerabilidade seja pensado a partir da noção de camadas. A metáfora da camada remete à ideia de algo ‘mais maleável’, que pode ser múltiplo e diverso, e que pode ser removido camada por camada. Não se trata de uma ‘vulnerabilidade sólida e única’ que esgote a categoria; podem existir diferentes vulnerabilidades, correspondentes a diferentes camadas em operação. Essas camadas podem se sobrepor: algumas podem estar relacionadas a problemas no consentimento informado, enquanto outras decorrem de circunstâncias sociais. A ideia de camadas de vulnerabilidade confere maior flexibilidade ao conceito de vulnerabilidade.” (LUNA, Florencia. **Elucidating the concept of vulnerability: layers not labels**... p. 128, tradução da autora)

¹⁸ “A vulnerabilidade inerente refere-se às vulnerabilidades que são próprias da condição humana e que decorrem de nossa corporeidade, de nossas necessidades, de nossa dependência em relação aos outros e de nossa natureza afetiva e social. A extensão da vulnerabilidade inerente de uma pessoa varia em função de diversos fatores, como idade, gênero, estado de saúde e deficiência. Ela também varia de acordo com a resiliência e a capacidade de enfrentamento do indivíduo, bem como com o grau de apoio social de que dispõe.” (ROGERS, Wendy; MACKENZIE, Catriona; DODDS, Susan. **Why bioethics needs a concept of vulnerability**... p. 24, tradução da autora)

¹⁹ Uma segunda origem de vulnerabilidade é a vulnerabilidade situacional, entendida como aquela que é específica do contexto e que é causada ou agravada pela situação pessoal, social, política, econômica ou ambiental de uma pessoa ou de um grupo social. A vulnerabilidade situacional pode ser de curto prazo, intermitente ou duradoura. Por exemplo, uma família cuja casa foi danificada por enchentes e que passa a residir em alojamentos emergenciais por algumas semanas pode encontrar-se em situação de vulnerabilidade em razão de suas circunstâncias. Contudo, se essa família vive em um país economicamente desenvolvido, possui seguro, relativa segurança financeira e conta com apoio governamental, essa vulnerabilidade situacional tende a ser apenas temporária. Em contraste, se vive em um país pobre, com inexistente ou limitado suporte de órgãos governamentais ou de organizações não governamentais, os efeitos do deslocamento forçado de sua residência podem ser catastróficos e duradouros, tornando-a mais ou menos permanentemente vulnerável. (ROGERS, Wendy; MACKENZIE, Catriona; DODDS, Susan. **Why bioethics needs a concept of vulnerability**... p. 24, tradução da autora)

caráter transitório, intermitente ou duradouro. Por fim, a vulnerabilidade com origens patogênicas é aquela que é gerada ou exacerbada por relações interpessoais e sociais moralmente disfuncionais, caracterizadas pelo desrespeito, preconceito ou abuso, bem como por situações sociopolíticas marcadas pela opressão, dominação, repressão, injustiça, perseguição ou violência política²⁰.

Pelo que se depreende da noção de vulnerabilidade adotada pela bioética da proteção, esta se aproxima da ideia de vulnerabilidade inerente desenvolvida por Rogers, Mackenzie e Dodds. Além disso, a ideia de gradação desse estado para a suscetibilidade e a vulneração demonstra a preocupação de Schramm e Rodrigues em adequar a atuação do agente moral ao contexto específico do paciente moral, distinguindo situações que não exigem intervenção imediata daquelas que demandam medidas urgentes de proteção, preocupação igualmente presente nas definições propostas por Florencia Luna e em Rogers, Mackenzie e Dodds.

Nesse contexto, embora os autores aqui citados não empreguem o conceito de vulnerabilidade de modo uniforme, é possível perceber que o refinamento teórico do termo é inquestionavelmente útil para orientar a adequada definição das respostas a serem adotadas em cada situação concreta vivenciada por determinado sujeito ou grupo.

Rodrigues e Schramm defendem a importância da “distinção lexical” dos termos vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração para orientar a atuação do agente moral na bioética da proteção, possibilitando a adoção de respostas proporcionais à gravidade da condição enfrentada. Em síntese, os autores ponderam que, em situações de vulnerabilidade, deverão ser tomadas ações equânimes voltadas para todos os membros da sociedade, de acordo com o princípio da justiça. Nos casos que envolvam sujeitos suscetíveis, exige-se a adoção de medidas compensatórias para combater a privação sofrida, orientadas pelo princípio da proteção. Por fim, como já tratado no momento da conceituação do termo vulneração, esses

²⁰ “Em contraste com respostas à vulnerabilidade que promovem a agência, algumas respostas podem agravar vulnerabilidades já existentes ou gerar novas vulnerabilidades. A essas respostas damos o nome de vulnerabilidades patogênicas. Há diversas fontes de vulnerabilidade patogênica. A vulnerabilidade patogênica pode ser produzida por relações interpessoais e sociais moralmente disfuncionais, caracterizadas pelo desrespeito, preconceito ou abuso, bem como por situações sociopolíticas marcadas pela opressão, dominação, repressão, injustiça, perseguição ou violência política. Por exemplo, pessoas com deficiências cognitivas, que se encontram atualmente em situação de vulnerabilidade em razão de suas necessidades de cuidado, são suscetíveis a formas patogênicas de vulnerabilidade, como o abuso sexual por parte de seus cuidadores. Outras formas de vulnerabilidade patogênica surgem quando intervenções de políticas sociais destinadas a mitigar vulnerabilidades inerentes ou situacionais produzem, paradoxalmente, o efeito de intensificar a vulnerabilidade.” (ROGERS, Wendy; MACKENZIE, Catriona; DODDS, Susan. **Why bioethics needs a concept of vulnerability...** p. 25, tradução da autora)

contextos reivindicam o desenvolvimento e a aplicação de ações protetivas que resgatem a vulnerabilidade perdida²¹.

Em outras palavras, a delimitação conceitual tratada acima é fundamental para demarcar a abrangência da aplicabilidade da bioética da proteção, definindo tanto o objeto da ação protetiva quanto o modo pelo qual a proteção deve ser efetivada.

Ainda sobre o objeto da BP, é necessário primeiramente explicar que essa corrente ética pode ser vista em dois sentidos, o *stricto* e o *lato*²². Em sentido estrito, a ação protetora deve ser direcionada a indivíduos e populações suscetíveis e vulnerados da espécie humana. Em sentido amplo, a proteção também pode ser dirigida para espécies animais e a sistemas ambientais ameaçados.

Especificamente sobre o sentido estrito da bioética da proteção, que é o foco deste trabalho, as ações protetivas serão direcionadas a sujeitos, ou pacientes morais, que não conseguem se defender ou agir de forma autônoma por razões alheias à sua vontade²³, sejam suscetíveis ou vulnerados, com atenção especial ao último grupo, como explicam Rodrigues e Schramm:

Ao fim e ao cabo, a BP promove o deslocamento do foco em ações generalistas e niveladoras amparadas no princípio de justiça e dirigidas à vulnerabilidade dos grupos humanos para a preocupação com o desenvolvimento de ações orientadas pelo princípio de proteção e especificamente direcionadas aos indivíduos ou grupos previamente suscetíveis e vulnerados. Estes últimos, em especial, são desprovidos de determinadas capacidades e, portanto, estão impossibilitados de enfrentar as situações adversas em que foram lançados. Assim, por estarem de antemão submetidos a danos ou carências concretas que não conseguem enfrentar, a BP preconiza a necessidade

²¹ “Essa distinção lexical é importante principalmente porque decisões no âmbito da vulnerabilidade devem recorrer ao respaldo ético do princípio da justiça, ao passo que os indivíduos feridos demandam cuidado, restabelecimento e tratamento reparador, garantidos, a priori, pelo princípio de proteção. Logo, a ligação entre as prescrições éticas de proteção derivadas da vulnerabilidade difere em natureza tanto do diagnóstico de uma condição de suscetibilidade quanto da conseqüente exigência ética de eliminar primeiro a privação e o dano resultante dessa suscetibilidade. Por fim, o importante é compreender que vulnerabilidade e suscetibilidade são condições diferentes e que, portanto, demandam abordagens também diversas, visto que a primeira tende a ser diminuída por meio de ações equânimes de proteção para todos os membros de dada sociedade segundo o princípio de justiça. A suscetibilidade, por sua vez, pressupõe determinado estado de privação que pode ser reduzido ou neutralizado apenas por meio de medidas compensatórias orientadas pelo princípio de proteção, as quais devem buscar combater especificamente dada privação de maneira ativamente aplicada. [...] Diante de um contexto em que os efeitos da pobreza, da desigualdade e da exclusão marcam o cotidiano de privação das populações, há necessidade de uma ferramenta conceitual mais sensível que a suscetibilidade e capaz de detectar a complexidade dos fenômenos de iniquidade e indignidade. Com efeito, as realidades extremas de suscetibilidade exigem ferramentas bioéticas mais específicas que possibilitem uma aproximação prático-conceitual mais patente e acurada das condições em que há indignidade. É nesse âmbito que emerge a noção de ‘vulneração’”. (RODRIGUES; SCHRAMM. **Bioética de proteção: fundamentos e perspectiva**, p. 357/358.)

²² SCHRAMM. **A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias?** p. 1537.

²³ SCHRAMM, Fermin Roland. **Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização.** *Revista Bioética*, Brasília, v. 16, n. 1, 2008, p. 18.

do desenvolvimento e implementação de ações protetivas voltadas especificamente aos vulnerados, o que pode ser entendido como seu fim último e sua missão.²⁴

Seguindo essa linha, via de regra, a BP não se aplica a pacientes morais que consigam enfrentar os danos que lhe foram causados por seus próprios meios ou por meios institucionais²⁵.

No que se refere ao modo de efetivação da proteção, Schramm e Kottow sustentam que as políticas de proteção em saúde coletiva devem ser implementadas quando determinados objetivos sanitários forem publicamente reconhecidos como obrigatórios e indispensáveis. A aceitação de programas de saúde pública pressupõe a certeza, ou ao menos uma elevada probabilidade, de que as medidas propostas são necessárias e razoáveis para a prevenção dos problemas sanitários a que se destinam. Uma vez reconhecida a pertinência do programa, o princípio da proteção passa a operar de forma plena, não podendo ser afastado por razões secundárias, uma vez que existe uma necessidade social de exercício da proteção por meio das ações previstas, de modo que eventuais efeitos negativos não são suficientes, por si sós, para invalidar o programa. Caso o programa seja posteriormente considerado inaceitável, poderá ser revisado e renegociado “sempre sob a premissa de que as exigências individuais devem ceder diante das necessidades sanitárias do bem comum”²⁶.

Diante do cenário descrito acima, percebe-se que as políticas de proteção em saúde coletiva respondem a necessidades da coletividade que, em algumas situações, podem justificar a delimitação da autonomia individual em nome do bem-estar geral. Além disso, as medidas propostas pelo agente são presumidas como suficientemente razoáveis para solucionar o problema sanitário enfrentado, mas elas podem ser reformuladas caso sejam consideradas inaceitáveis, sempre priorizando o interesse coletivo sobre exigências individuais.

Seguindo essa lógica, as ações propostas pelo agente protetor devem ser efetivas para alcançar a finalidade proposta, o que implica o dever de garantir sua eficácia²⁷. Essa condicionante para aplicação das ações protetivas demonstra que as autoridades sanitárias

²⁴ RODRIGUES; SCHRAMM. **Bioética de proteção: fundamentos e perspectiva**, p. 363/364.

²⁵ SCHRAMM. **Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização**, p. 18.

²⁶ SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M., **Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas**, p. 954. Tradução da autora.

²⁷ SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M., **Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas**, p. 955.

devem ser submetidas a alguma forma de cobrança pelos resultados obtidos, algum tipo de controle social²⁸.

Schramm, ao tratar do dever de eficácia inerente à bioética da proteção, afirma que:

Em outros termos, a responsabilidade protetora implica necessariamente o controle dos resultados das políticas públicas adotadas, logo a avaliação da efetividade das práticas das instituições públicas e de seus agentes (ou funcionários). Assim sendo, o princípio de proteção implica – também necessariamente – o dever da eficácia como condição para poder intervir legitimamente na vida dos cidadãos, inclusive limitando a autonomia pessoal frente às exigências do bem comum, quando isso for necessário e não havendo outros meios (como no caso de epidemias e pandemias).²⁹

A respeito da possibilidade de restrição da autonomia individual na execução de ações protetivas, ponto que será tratado em maior profundidade mais adiante neste capítulo, é importante pontuar que, a princípio, o agente protetor não pode agir sem o consentimento da população³⁰.

No entanto, sobre a regra mencionada acima, é importante fazer duas considerações. A primeira delas é que, como já sinalizado acima, em situações excepcionais, como epidemias que possam afetar sensivelmente a saúde da população, medidas coercitivas podem ser impostas para proteger a saúde coletiva, prevalecendo o princípio de proteção do “corpo social” sobre a autonomia de indivíduos ou grupos que formam a população³¹.

A segunda ponderação é que a BP, por sua natureza, aplica-se também a indivíduos e populações de vulnerados e suscetíveis que podem não ter a “capacitação” de tomar decisões sobre suas vidas³², o que afastaria a própria possibilidade de obtenção de consentimento. Ou seja, a bioética da proteção reconhece que situações graves de vulnerabilidade e suscetibilidade prejudicam o exercício da autonomia pelo sujeito, refutando a compreensão de uma “autonomia absoluta”³³.

Percebe-se, portanto, que a bioética da proteção admite a limitação da autonomia individual em casos excepcionais, como nas emergências sanitárias, ou quando os sujeitos não possuem a aptidão para consentir. Diante desse cenário, torna-se fundamental analisar o

²⁸ ARREGUY, Euclides Etienne M.; SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, 2005, p. 122.

²⁹ SCHRAMM. **A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias?** p. 1537.

³⁰ SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M., **Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas**, p. 954.

³¹ SCHRAMM. **A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias?** p. 1537.

³² SCHRAMM. **A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias?** p. 1537.

³³ PEREIRA, Luma Costa; JESUS, Isabel Silva de; BARBUDA, Ayana de Souza; SILVA SENA, Edite Lago da; YARID, Sérgio Donha. Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 2, ago. 2013. 371.

princípio da autonomia na saúde e as especificidades do dever de obter o consentimento livre e esclarecido para intervenções terapêuticas, o que será feito nos itens a seguir.

1.2 O princípio da autonomia

Como dito anteriormente, embora a ética biomédica clínica e a saúde coletiva possuam, cada uma, suas especificidades, não se deve tratá-las como duas culturas isoladas que se ignoram mutuamente³⁴. Por isso, o respeito à autonomia, conforme concebido pela bioética principialista, também se insere na lógica da bioética da proteção, o que justifica sua análise neste tópico.

Beauchamp e Childress esclarecem que, em relação a indivíduos, o termo autonomia possui muitos sentidos como “autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo”³⁵. De acordo com a concepção dos autores, é autônomo o sujeito que age livremente, conforme um plano de ação que ele mesmo escolheu para si.³⁶ Já a pessoa com autonomia reduzida é, pelo menos em alguma medida, controlada por terceiros ou incapaz de deliberar ou agir segundo com seus próprios desejos e planos.³⁷

Para avançar na discussão, os autores propõem que a configuração de uma ação autônoma pode ser analisada segundo três condições: (1) intenção; (2) entendimento; (3) ausência de influências controladoras que determinem a ação.

De acordo com os autores, das três condições, apenas a primeira não admite gradação, ou uma ação é intencional ou não é, enquanto as duas últimas condições podem ser atendidas em diferentes níveis. Por essa razão, Beauchamp e Childress apontam que as ações podem apresentar diferentes “graus de autonomia”, conforme o nível de entendimento do indivíduo e ausência de influências controladoras, variando desde a sua presença total até a sua completa ausência em um “*amplo continuum*”³⁸.

Diante desse cenário, e passando especificamente ao contexto da saúde, exigir uma decisão inteiramente autônoma dos pacientes seria incompatível com a realidade e tornaria o exercício da medicina impraticável, uma vez que as ações humanas nunca são plenamente

³⁴ SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M., **Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas**, p. 951.

³⁵ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 137.

³⁶ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 138.

³⁷ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 138.

³⁸ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 140.

autônomas, ou, se muito, raramente o são³⁹. Por isso, uma ação será considerada autônoma quando existir um grau “substancial” de entendimento e de liberdade em relação à influência externa⁴⁰.

Assim, para que o usuário de serviços de saúde possa exercer a sua autonomia, o profissional prestador do atendimento deve agir de uma forma que o respeite como pessoa autônoma, adotando um fazer ou não fazer que gerem resultados concretos, como é possível perceber do trecho transcrito abaixo:

Respeitar um agente autônomo é, no mínimo, reconhecer o direito dessa pessoa de ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais. Esse respeito envolve a *ação* respeitosa, e não meramente uma *atitude* respeitosa. Ele exige também mais que obrigações de não-intervenção nas decisões das pessoas, pois inclui obrigações para sustentar as capacidades dos outros para escolher autonomamente, diminuindo os temores e outras condições que arruinem sua autonomia. Nessa concepção, o respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam uma igualdade mínima entre as pessoas.⁴¹

O respeito à autonomia do paciente impõe ao profissional de saúde obrigações de natureza negativa, como a abstenção de pressões controladoras e a preservação da confidencialidade, e obrigações de natureza positiva, como o fornecimento de informações e o encorajamento à tomada de decisões autônomas⁴². Ainda sobre esses deveres de caráter positivo, partindo da premissa de que o profissional deve buscar capacitar a pessoa sob seus cuidados para que ela possa agir autonomamente, existem situações nas quais os profissionais são “obrigados a aumentar as opções disponíveis para as pessoas. Muitas ações autônomas não poderiam ocorrer sem a cooperação material de outros que tornem as opções acessíveis”⁴³.

No entanto, como alertam Beauchamp e Childress, o princípio da autonomia não se aplica a quem não pode agir de forma substancialmente autônoma, não possui capacidade para tanto, o que pode justificar certas intervenções⁴⁴. Nessas situações, deve ser feita uma avaliação para verificar se a pessoa tem condições de decidir por si ou se a decisão deve ser assumida por um representante⁴⁵.

³⁹ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 141.

⁴⁰ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 141.

⁴¹ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 142/143.

⁴² BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 143/144.

⁴³ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 144.

⁴⁴ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 145/146.

⁴⁵ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 151.

Particularmente no contexto biomédico clínico, uma pessoa geralmente é considerada capaz se for apta a compreender a terapêutica proposta, a ponderar sobre os riscos e benefícios envolvidos e a tomar uma decisão autônoma de acordo com essa deliberação⁴⁶. É importante ressaltar também que a capacidade é sempre relativa e varia conforme a natureza da decisão em questão, além de poder se alterar de acordo com o tempo a depender da natureza da enfermidade e sua repercussão no intelecto, na linguagem e na memória do indivíduo⁴⁷.

Daniel Callahan, que critica a abordagem do principlismo em como um todo⁴⁸, sustenta que o princípio da autonomia reflete a matriz liberal e individualista da qual essa corrente teórica emergiu. Nesse contexto, a autonomia assume posição central, na medida em que, segundo o autor, os demais princípios, quais sejam, beneficência, não maleficência e justiça, acabam, em última análise, reconduzindo-se a ela⁴⁹. Callahan conclui, então, que o principlismo seria, na realidade, “uma espécie de teoria de nota única, com apenas algumas melodias de fundo que lhe dão sustentação”⁵⁰.

O individualismo que permeia o principlismo de Beauchamp e Childress constituiu um dos pontos de partida para a formulação da bioética da proteção, conforme indicado no item anterior. Esse mesmo viés crítico também se manifesta na bioética feminista, no âmbito da qual se desenvolveu a noção de autonomia relacional, segundo a qual a autonomia deve ser compreendida como uma capacidade construída e exercida no interior de relações sociais de apoio⁵¹.

Avançando nessa perspectiva, Janet Delgado observa que vulnerabilidade e autonomia têm sido tradicionalmente concebidas como conceitos antagônicos, de modo que a primeira é frequentemente associada à ausência da segunda⁵². Por essa ótica, o sujeito vulnerável é contraposto ao sujeito liberal, estruturado pelas concepções hegemônicas de autonomia e independência, que o configuram como uma expressão individualista e autorreferencial do eu, sustentadora de uma ética centrada no individualismo⁵³. A autora ressalta, contudo, que essa

⁴⁶ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 155.

⁴⁷ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 152/153.

⁴⁸ “Da minha parte, ao menos, nunca nutri apego por teorias, regras ou princípios definitivos, como se nenhum pensamento ético digno desse nome pudesse prescindir deles.” (CALLAHAN, Daniel. *Principlism and communitarianism*. **Journal of Medical Ethics**, Londres, v. 29, n. 5, 2003. p. 287, tradução da autora)

⁴⁹ CALLAHAN, Daniel. *Principlism and communitarianism...*, p. 287/288.

⁵⁰ CALLAHAN, Daniel. *Principlism and communitarianism...*, p. 287/289, tradução da autora.

⁵¹ DELGADO, Janet. *Re-thinking relational autonomy: Challenging the triumph of autonomy through vulnerability*. **Bioethics Update**, v. 5, 2019. p. 52.

⁵² DELGADO, Janet. *Re-thinking relational autonomy...*, p. 52.

⁵³ DELGADO, Janet. *Re-thinking relational autonomy...*, p. 54.

leitura decorre de uma compreensão equivocada de ambos os conceitos, uma vez que autonomia e vulnerabilidade coexistem na condição humana.

Delgado sustenta que não é possível compreender plenamente a vulnerabilidade sem considerar a autonomia sob a lógica relacional, assim como não se pode refletir sobre a autonomia sem levar em conta a vulnerabilidade inevitável e universal que constitui todos os seres humanos. O reconhecimento dessa condição impõe deveres às instituições e ao Estado, que não se limitam à proteção, mas abrangem também a criação de condições para o desenvolvimento da autonomia, a qual deve ser igualmente promovida pelos profissionais de saúde no exercício das relações de cuidado.

As reflexões aqui desenvolvidas ganham especial relevância no contexto da internação psiquiátrica compulsória, objeto desta pesquisa, em que a autonomia se encontra tensionada por situações de suscetibilidade e vulneração, exigindo a análise, no caso concreto, dos instrumentos mais adequados para a proteção da pessoa com transtorno por uso de substâncias. Nesse cenário, destaca-se a responsabilidade do Estado, tanto por meio da rede de atenção à saúde quanto da atuação do Poder Judiciário, de criação de condições institucionais aptas a promover a proteção necessária e a viabilizar o progressivo restabelecimento da autonomia do sujeito.

Diante dessas considerações, faz-se necessário abordar, em seguida, o consentimento livre e esclarecido, principal instrumento de proteção da vontade do paciente na prática clínica, e as hipóteses em que sua coleta pode ser dispensada.

1.3 Consentimento livre e informado

Em sociedades democráticas e pluralistas, o respeito à autonomia individual constitui um critério fundamental para a orientação das escolhas morais⁵⁴. No âmbito da relação entre profissional de saúde e paciente, a exigência de consentimento prévio para a realização de qualquer intervenção é uma expressão do respeito à autonomia.

O consentimento é mais do que uma simples ação de autorizar uma intervenção, trata-se de um processo que envolve a troca de informações entre o indivíduo e o profissional da área de saúde, que acontece com o tempo e pode ser retirado com o tempo⁵⁵. Esse processo deve ser dividido em dois componentes, a informação, que corresponde à revelação da informação ao

⁵⁴ SCHRAMM. **A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias?** p. 1532.

⁵⁵ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 163.

paciente e à compreensão dos dados revelados, e o consentimento, que diz respeito à concordância voluntária do indivíduo para se submeter a uma terapêutica recomendada⁵⁶.

Beauchamp e Childress sintetizam os elementos fundamentais que constituem a “matéria-prima” necessária para a realização do consentimento informado, ou da recusa informada, nos pontos listados a seguir⁵⁷:

Tabela 1 – Elementos fundamentais do processo de consentimento

I. Elementos iniciais (precondições)	
1. Capacidade (de entender e decidir)	
2. Voluntariedade (ao decidir)	
II. Elementos da informação	
3. Revelação (da informação material)	
4. Recomendação (de um plano terapêutico)	
5. Entendimento (dos itens 3 e 4)	
III. Elementos do consentimento	III. Elementos da Recusa
6. Decisão (em favor de um plano terapêutico)	6. Decisão (contra um plano terapêutico)
7. Autorização (do plano escolhido)	

Fonte: Adaptado de Beauchamp e Childress, 2026.

Para o adequado entendimento do objeto deste trabalho, a internação psiquiátrica compulsória de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias, são especialmente relevantes os elementos iniciais, a capacidade e a voluntariedade. O primeiro já foi abordado no tópico anterior, sob a perspectiva biomédica⁵⁸, enquanto o segundo será tratado de forma mais aprofundada a seguir.

De acordo com a bioética principialista, a voluntariedade é uma condição em que a pessoa age sem que esteja sob o controle de uma outra influência⁵⁹. Esse elemento também “pode ser diminuída ou anulada por condições tais como uma doença debilitante, desordens psiquiátricas e dependência de drogas”⁶⁰.

Robert M. Nelson, Tom L. Beauchamp, Victoria A. Miller, William Reynolds, Richard F. Ittenbach e Mary Frances Luce sustentam que duas condições são necessárias para que uma ação seja considerada voluntária: (1) que seja intencional e (2) que seja substancialmente livre de influências controladoras.⁶¹ Em conformidade com o que foi exposto no item anterior, os autores afirmam que a intencionalidade não admite gradação, ou o ato é intencional, ou não o

⁵⁶ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 165.

⁵⁷ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 165/166.

⁵⁸ A capacidade do ponto de vista legal será tratada no capítulo nº 3, que terá como objeto os marcos regulatórios relacionados à internação psiquiátrica compulsória.

⁵⁹ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 187/188.

⁶⁰ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 187.

⁶¹ NELSON, Robert M.; BEAUCHAMP, Tom L.; MILLER, Victoria A.; REYNOLDS, William; ITTENBACH, Richard F.; LUCE, Mary Frances. The concept of voluntary consent. **The American Journal of Bioethics**, Londres, v. 11, n. 8, 2 ago. 2011. p. 14.

é. Diversamente, no que se refere às influências controladoras, admite-se que o indivíduo pode estar submetido a condicionantes externos ou internos e, ainda assim, adotar uma conduta que, substancialmente, preserve o seu caráter voluntário⁶².

E mais, as influências controladoras sobre o sujeito podem ser externas ou internas. As externas são a persuasão, coerção e manipulação⁶³ exercida por terceiros, ou, ainda, acidentes, desastres naturais etc. Já as influências internas são, por exemplo, as doenças mentais que retirem da pessoa a sua voluntariedade. Nelson, Beauchamp, Miller, Reynolds, Ittenbach e Luce citam como exemplo muitos psicopatas, sujeitos com lesões cerebrais graves, pessoas com demência e alguns alcoólatras⁶⁴.

Ao tratar da voluntariedade, Laura Weiss Roberts esclarece que esse elemento diz respeito à capacidade do indivíduo de agir em conformidade com seu senso autêntico do que considera bom, correto e mais apropriado, à luz de sua situação concreta, de seus valores e de sua trajetória de vida⁶⁵. A autora ressalta, ainda, que sintomas associados a transtornos mentais podem atuar como fatores negativos que comprometem significativamente a voluntariedade, ao dificultarem a organização dos pensamentos, sentimentos e valores pessoais necessários à formulação de uma escolha coerente e duradoura⁶⁶.

Entre os diversos transtornos capazes de comprometer a aptidão para uma ação voluntária, Roberts destaca que os transtornos graves por uso de substâncias exercem efeito particularmente erosivo sobre a capacidade de voluntariedade, circunstância evidenciada nos

⁶² “Para que uma ação seja classificada como voluntária ou não voluntária, é necessário estabelecer pontos de corte ao longo do continuum que vai do controle ao não controle. Para que uma ação seja considerada voluntária, basta a satisfação substancial da condição de não controle. A linha traçada para distinguir entre o que é substancial e o que é insubstancial pode parecer arbitrária, mas os limites que demarcam o não controle substancial podem ser fixados à luz dos objetivos específicos do processo decisório, assim como as gradações existentes no continuum da voluntariedade.” (NELSON, Robert M.; BEAUCHAMP, Tom L.; MILLER, Victoria A.; REYNOLDS, William; ITTENBACH, Richard F.; LUCE, Mary Frances. **The concept of voluntary consent...**, p. 11)

⁶³ Segundo Robert M. Nelson, Tom L. Beauchamp, Victoria A. Miller, William Reynolds, Richard F. Ittenbach e Mary Frances Luce, a persuasão deve ser compreendida como persuasão racional, sendo, portanto, compatível com a voluntariedade. Nesse sentido, a persuasão ocorre quando o convencimento resulta da força dos argumentos apresentados, e não de mecanismos de controle ou coerção. Trata-se do paradigma de uma influência que é, simultaneamente, não controladora e justificada, sendo esta última condição, em parte, decorrente justamente do seu caráter não controlador. Já a coerção ocorre se uma pessoa intencionalmente força outra pessoa ou utiliza uma ameaça crível e grave de dano para controlar a conduta de outra pessoa. Por fim, a manipulação abrange diferentes modalidades de influência que não se enquadram nem como persuasão nem como coerção. Trata-se do emprego de estratégias não persuasivas destinadas a modificar a forma como uma pessoa compreende uma situação, de modo a induzi-la a agir conforme a intenção daquele que exerce a influência. (NELSON, Robert M.; BEAUCHAMP, Tom L.; MILLER, Victoria A.; REYNOLDS, William; ITTENBACH, Richard F.; LUCE, Mary Frances. **The concept of voluntary consent...**, p. 7/8)

⁶⁴ NELSON, Robert M.; BEAUCHAMP, Tom L.; MILLER, Victoria A.; REYNOLDS, William; ITTENBACH, Richard F.; LUCE, Mary Frances. **The concept of voluntary consent...**, p. 8.

⁶⁵ ROBERTS, Laura Weiss. Informed consent and the capacity for voluntarism. **American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 159, n. 5, 2002. p. 707.

⁶⁶ ROBERTS, Laura Weiss. Informed consent and the capacity for voluntarism..., p. 708.

próprios critérios diagnósticos dessas condições.⁶⁷ Como ressalta a autora, esse comprometimento se manifesta por meio de padrões de apatia e redução da motivação, da centralidade atribuída à obtenção e ao consumo da substância, assim como do prejuízo do julgamento, frequentemente associado a comportamentos desadaptativos.⁶⁸

A respeito dos critérios diagnósticos do transtorno por uso de substância, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) esclarece que todas as substâncias psicoativas⁶⁹, quando consumidas de forma excessiva, ativam o sistema de recompensa cerebral de maneira intensa, a ponto de levar à negligência de atividades cotidianas. O DSM-5 também aponta que a característica essencial de um transtorno dessa natureza “consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância”⁷⁰.

Para auxiliar na verificação se o padrão de consumo de substâncias psicoativas por um indivíduo se insere em um padrão patológico ou não, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais propõe uma análise que se divida em quatro pontos centrais: (1) baixo controle; (2) deterioração social; (3) uso arriscado; (4) critérios farmacológicos⁷¹.

A ideia central do critério de baixo controle (1) sobre o uso da substância consiste na perda da capacidade do indivíduo de regular seu consumo, seja em relação à quantidade, à duração ou à interrupção do uso. Esse padrão manifesta-se por tentativas repetidas e malsucedidas de reduzir ou cessar o consumo, pelo investimento excessivo de tempo em atividades relacionadas à substância e pela presença de fissura intensa, que compromete a atenção e a organização da vida cotidiana, revelando a centralidade da substância no funcionamento comportamental e decisório do indivíduo⁷².

⁶⁷ Seguindo essa linha de raciocínio, Christina Fornazari, Edson Shiguemi Hirata e Maitê Cruvinel Oliveira apontam que o próprio diagnóstico de transtorno por uso de substância envolve a perda de controle sobre o consumo, registrando que “muitos dependentes químicos têm capacidade de discernimento preservada, mas seu autocontrole está prejudicado” (FORNAZARI, Christina; HIRATA, Edson Shiguemi; OLIVEIRA, Maitê Cruvinel. *Internações psiquiátricas involuntárias*. In: BARROS, Daniel Martins de; CASTELLANA, Gustavo Bonini (org.). **Psiquiatria forense...**, p. 295.)

⁶⁸ ROBERTS, Laura Weiss. *Informed consent and the capacity for voluntarism...*, p. 708.

⁶⁹ “Os transtornos relacionados a substâncias abrangem 10 classes distintas de drogas: álcool; cafeína; Cannabis; alucinógenos (com categorias distintas para fenciclidina [ou arilciclo-hexilaminas de ação similar] e outros alucinógenos); inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes (substâncias tipo anfetamina, cocaína e outros estimulantes); tabaco; e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas).” (ASSOCIATION, American P. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5-TR: Texto Revisado**. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2023. *E-book*. p.543.)

⁷⁰ ASSOCIATION, American P. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais...**, p. 544.

⁷¹ ASSOCIATION, American P. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais...**, p. 544.

⁷² ASSOCIATION, American P. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais...**, p. 544.

Já o parâmetro da deterioração social (2) se refere ao impacto negativo e persistente do uso de substâncias sobre o desempenho dos papéis sociais do indivíduo e sobre suas relações interpessoais. Esse prejuízo manifesta-se no comprometimento de obrigações fundamentais, na manutenção do uso apesar de conflitos sociais recorrentes e no progressivo abandono ou redução de atividades sociais, profissionais, familiares ou recreativas, evidenciando a desorganização da vida social em razão do consumo⁷³.

Por sua vez, o requisito do uso arriscado (3) da substância consiste na manutenção do consumo apesar da exposição consciente a riscos relevantes à saúde física ou mental. Esse padrão se evidencia tanto pelo uso recorrente em situações que colocam em perigo a integridade do indivíduo quanto pela persistência do consumo mesmo diante da percepção de danos já instalados, revelando a dificuldade de interromper o uso apesar das consequências adversas reconhecidas⁷⁴.

Os critérios farmacológicos (4) são os últimos referenciais diagnósticos, tratando-se das adaptações fisiológicas do organismo ao uso continuado da substância, especialmente no que diz respeito à tolerância. Esse fenômeno se manifesta pela necessidade de doses progressivamente maiores para alcançar os efeitos inicialmente obtidos ou pela redução dos efeitos com a dose habitual, refletindo alterações neurobiológicas que variam conforme o indivíduo, a substância e segundo os diferentes efeitos produzidos sobre o sistema nervoso central⁷⁵.

Feitas essas considerações a respeito dos critérios diagnósticos aplicáveis aos sujeitos da amostra analisada, importa ressaltar que tais parâmetros não se prestam a uma classificação dicotômica entre presença ou ausência absoluta de capacidade ou voluntariedade. Ao contrário, os critérios propostos pelo DSM-5 permitem uma avaliação graduada e individualizada da gravidade do transtorno por uso de substâncias, oferecendo elementos relevantes para a análise, caso a caso, de como o comprometimento cognitivo, comportamental e social pode incidir sobre a voluntariedade do indivíduo.

É justamente nessa perspectiva que Eric Racine e Simon Rousseau-Lesage criticam abordagens de tipo “tudo ou nada”, que, de um lado, negam integralmente a aptidão para atos voluntários às pessoas com transtornos por uso de substância e, de outro, presumem a preservação plena e constante dessa capacidade. Em contraposição, os autores propõem uma concepção dinâmica de voluntariedade, construída a partir da interação entre fatores

⁷³ ASSOCIATION, American P. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais...**, p. 544.

⁷⁴ ASSOCIATION, American P. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais...**, p. 544.

⁷⁵ ASSOCIATION, American P. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais...**, p. 546.

individuais, relações interpessoais e elementos contextuais, capazes de ampliar ou reduzir, em diferentes momentos, tanto as crenças na capacidade de agir voluntariamente quanto a própria aptidão para a ação voluntária⁷⁶.

Passando aos elementos informativos, a revelação pode ser compreendida como a transmissão de informações ao paciente, de forma adequada para constituir a base da tomada de decisão. Dentre os dados a serem repassados pelo profissional de saúde ao sujeito estão: (1) os fatos ou descrições que os pacientes normalmente consideram importantes para decidir se recusam ou consentem com a intervenção; (2) outras informações que o profissional considere relevante; (3) a recomendação do profissional; (4) a finalidade da obtenção do consentimento; (5) os limites do consentimento como um ato de autorização⁷⁷.

Já o elemento da recomendação significa a sugestão técnica feita pelo profissional da saúde, com base no caso concreto examinado, a respeito de qual plano terapêutico deveria ser seguido para atender às necessidades do paciente.

A respeito do último elemento informativo, o entendimento acontece quando a pessoa adquire informações relevantes e consegue explicar por que acredita no que está fazendo e nas possíveis consequências de sua ação. Não se exige que o paciente entenda todos os dados que lhe foram repassados, apenas que compreenda de forma substancial os fatos centrais e outros pontos que sejam mais importantes para determinar a sua decisão⁷⁸.

Por fim, atingindo a terceira e última categoria de elementos do processo de consentimento, a pessoa decidirá se consente ou não com o plano terapêutico proposto, com base nos elementos iniciais e nas informações recebidas, comunicando sua escolha ao profissional de saúde.

Além da autonomia, o princípio da beneficência também influencia o consentimento e pode, inclusive, justificar sua não exigência em determinadas situações, tema esse que será tratado no próximo tópico.

1.4 Exceções à regra do consentimento informado, princípio da beneficência e paternalismo

No tópico anterior foram indicados quais seriam os elementos necessários para que o paciente pudesse consentir, ou recusar, o plano terapêutico proposto pelo profissional de saúde.

⁷⁶ RACINE, Eric; ROUSSEAU-LESAGE, Simon. **The voluntary nature of decision-making in addiction: static metaphysical views versus epistemologically dynamic views.** *Bioethics*, Hoboken, v. 31, n. 5, 2017. p. 359.

⁷⁷ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 167/168.

⁷⁸ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 180.

Se todos os elementos mencionados não estiverem presentes no caso concreto, ou se forem atendidos de forma insuficiente, não será possível obter o consentimento informado da pessoa a quem se dirige a proposta terapêutica. Relembre-se, ainda, que não se exige o preenchimento integral de cada um dos elementos iniciais e informativos, sendo suficiente que estejam presentes em grau substancial para a realização do ato.

O não preenchimento de todos os elementos necessários para a obtenção do consentimento informado pode decorrer de condições relacionadas à própria pessoa ou de fatores externos.

No que se refere ao paciente, é inviável a obtenção de consentimento diante da ausência de capacidade para o ato, da presença de condições pessoais que reduzem ou anulam a voluntariedade, da recusa da pessoa em receber informações, ou tomar uma decisão, sobre a terapêutica⁷⁹ ou da incapacidade para comunicar sua decisão ao profissional de saúde. Já entre os fatores externos, é possível que terceiros impeçam a obtenção válida do consentimento de duas formas: (1) pelo descumprimento dos deveres de informação por parte do médico, o que, em algumas situações pode ser justificado pelo privilégio terapêutico⁸⁰; (2) pelo comprometimento da liberdade de decisão do paciente, por meio de coerção, persuasão ou manipulação, inclusive quando essas condutas partem do próprio profissional de saúde.

Existe, ainda, outra situação que afasta a obtenção do consentimento: os procedimentos compulsórios de caráter terapêutico ou preventivo, adotados em nome da saúde pública ou, como define Schramm, em defesa do “corpo social”. Nesses casos, a justificativa é a possibilidade de beneficiar um grande número de pessoas, ainda que isso acarrete um pequeno prejuízo a alguns indivíduos, com base em uma lógica de utilidade.

Feitas todas essas considerações, deixando de lado o descumprimento injustificado do dever de informação e as intromissões externas na liberdade de decisão do indivíduo, é possível

⁷⁹ A renúncia ao consentimento informado pode acontecer quando o paciente se recusa a receber informações do profissional de saúde ou lhe atribui a responsabilidade pela tomada de decisão a respeito do plano terapêutico. Nas palavras de Beauchamp e Childress: “na renúncia, um paciente abdica do direito a um consentimento informado e libera o médico da obrigação de obtê-lo. O paciente delega a autoridade de decisão ao médico, ou pede para não ser informado. O paciente, com efeito, toma a decisão de não tomar uma decisão informada”. (BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 185/186).

⁸⁰ Em determinadas situações, o profissional de saúde pode optar por não revelar certas informações, entendendo que sua divulgação poderia causar prejuízos ao paciente, o que inviabiliza a obtenção do consentimento informado. Ao tratar dessa situação Beauchamp e Childress, esclarecem que “algumas exceções legais à regra do consentimento informado permitem que o profissional da área da saúde proceda sem consentimento em casos de emergência, incapacidade, renúncia etc. Uma exceção controversa é o privilégio terapêutico, baseado num julgamento fundamentado do médico de que divulgar a informação seria potencialmente prejudicial a um paciente que está deprimido, emocionalmente esgotado ou instável.” (BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 172).

listar as seguintes exceções à regra do consentimento informado⁸¹: (1) inexistência das condições iniciais; (2) situações emergenciais que impedem a efetivação do processo de obtenção de consentimento; (3) não compartilhamento de informações em razão do privilégio terapêutico; (4) recusa do paciente de receber informações ou tomar uma decisão a respeito do plano terapêutico; (5) procedimentos sanitários compulsórios de caráter terapêutico ou preventivo.

Direcionando a atenção para o tratamento objeto deste trabalho, a internação psiquiátrica compulsória de pessoas com transtorno por uso de substância, nota-se que ele, quando bem aplicado, enquadra-se na primeira e na segunda hipótese do parágrafo acima. A primeira, em razão da ausência de capacidade para consentir, ou pela voluntariedade prejudicada em razão do prejuízo do autocontrole. A segunda, quando a pessoa a ser internada representar risco grave e iminente para si ou terceiros. É importante esclarecer que a internação psiquiátrica não se enquadraria na quinta hipótese porque ela faz referência a medidas compulsórias sanitárias, voltadas ao controle de doenças infectocontagiosas e à proteção direta da saúde pública.

Merece destaque, ainda, que a dispensa do consentimento, conforme trabalhado acima, encontra fundamento na busca por um benefício terapêutico, seja em favor do indivíduo, seja da coletividade.

Prosseguindo com a presente análise, convém tratar do princípio da beneficência, entendido como o dever moral do agente de adotar condutas positivas voltadas à promoção do bem-estar de outros⁸². Segundo Beauchamp e Childress, esse princípio se desdobra em duas dimensões: a beneficência positiva e a utilidade, que podem ser caracterizados da seguinte forma: “a beneficência positiva requer a propiciação de benefícios. A utilidade requer que os benefícios e as desvantagens sejam ponderados”⁸³. Mais especificamente sobre a ponderação de utilidade, os autores ressaltam que:

Esse princípio de utilidade não é idêntico, em nossa análise, ao princípio utilitarista clássico de utilidade, que é um princípio absoluto ou prioritário. Nosso princípio não deve ser entendido nem como o único princípio da ética nem como um princípio que justifica ou tem primazia sobre todos os outros princípios; ele é um entre vários princípios *prima facie*. Além disso, esse princípio se limita ao balanço dos riscos, benefícios e custos (resultantes de ações), e não determina o balanço global das obrigações. O princípio de utilidade (às vezes denominado princípio de

⁸¹ Registra-se que este tópico aborda a possibilidade de se excepcionar a exigência de consentimento sob a perspectiva ética, ficando a análise do tratamento conferido pelo ordenamento jurídico pátrio reservada ao capítulo nº 2 deste trabalho.

⁸² BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 281.

⁸³ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 281.

proporcionalidade) é frequentemente criticado por parecer permitir que os interesses da sociedade imperem sobre os interesses e os direitos individuais.⁸⁴

Nos casos em que o consentimento não é obtido, ainda que se trate de exceção legítima, restará configurado um ato de paternalista, ainda que parcialmente, de acordo com o conceito final de paternalismo adotado por Beauchamp e Childress⁸⁵, reproduzido a seguir:

O paternalismo, portanto, é a ação de contrariar as preferências ou ações conhecidas de outra pessoa, na qual a pessoa que contraria justifica sua ação com base no objetivo de beneficiar a pessoa cuja vontade é contrariada ou de evitar que ela sofra danos. Essa definição é normativamente neutra, e, portanto, não presume que o paternalismo seja justificado ou injustificado.⁸⁶

Um ato é considerado parcialmente paternalista quando ele foi justificado por motivos além do benefício terapêutico, como, por exemplo, a proteção de terceiros. Trata-se do paternalismo impuro ou misto, recorrente nos debates sobre políticas públicas⁸⁷.

Outra conceituação apresentada por Beauchamp e Childress é a de que o paternalismo pode ser exercido de forma fraca ou forte, conforme o demonstra a transcrição a seguir:

No paternalismo fraco, um agente intervém por beneficência ou não-maleficência apenas para prevenir uma conduta substancialmente não-voluntária — ou seja, para proteger as pessoas contra suas próprias ações substancialmente não-voluntárias. As ações substancialmente não-voluntárias ou não-autônomas incluem casos de consentimento que não são adequadamente informados, casos de depressão severa que impeça a deliberação racional e casos de dependência severa que impossibilite a escolha e a ação livres. O paternalismo fraco exige que uma habilidade do indivíduo esteja de alguma forma comprometida.

O paternalismo forte, em contraposição, envolve intervenções com o fim de beneficiar uma pessoa a despeito do fato de que as escolhas arriscadas da pessoa sejam informadas, voluntárias e autônomas. Um partidário do paternalismo forte se recusa a consentir com os desejos, as escolhas e as ações autônomas de uma pessoa a fim de protegê-la, com frequência restringindo a informação disponível e passando por cima de escolhas informadas e voluntárias. Tais escolhas não precisam ser plenamente informadas ou voluntárias, mas para que a intervenção se qualifique como paternalismo forte as escolhas têm de ser substancialmente autônomas. Diferentemente do paternalismo fraco, o paternalismo forte não depende de uma concepção acerca do comprometimento de uma habilidade, de uma incapacidade funcional ou de dificuldades para decidir, desejar ou agir.⁸⁸

⁸⁴ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 282/283.

⁸⁵ Tom L. Beauchamp e James F. Childress divergiam quanto ao conceito de paternalismo. Para Beauchamp, uma ação só é considerada paternalista se restringir uma escolha autônoma. Já Childress entende que o ato pode ser classificado como paternalista mesmo quando a pessoa alvo da intervenção não possui autonomia substancial. Por fim, a última concepção foi a adotada no livro por ser a tendência dominante na literatura.

⁸⁶ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 298.

⁸⁷ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 299.

⁸⁸ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 301/302.

Como se observa, o paternalismo fraco justifica a intervenção quando a pessoa age de forma não voluntária ou não autônoma, em razão de limitações em sua capacidade de decisão ou voluntariedade de decidir, como ocorre em quadros graves relacionados ao uso de substâncias. Já o paternalismo forte ocorre mesmo quando a decisão é autônoma, voluntária e informada, sendo desconsiderada com o objetivo de proteger o indivíduo de escolhas consideradas prejudiciais. A principal diferença entre os dois conceitos está, portanto, na aptidão do sujeito para exercer sua autonomia: no paternalismo fraco, ela é inexistente ou está comprometida; no forte, ela é deliberadamente desrespeitada.

Embora ainda considerem o paternalismo fraco uma forma de ato paternalista, Beauchamp e Childress argumentam que ele sequer se qualifica como uma forma de paternalismo que necessite de defesa, considerando que não envolvem ações substancialmente autônomas. Como afirmam os autores, “a premissa de que as pessoas merecem ser protegidas de danos causados a elas por condições que estão além de seu controle não é objeto de discussão”⁸⁹.

A mesma afirmação não pode ser feita a respeito do paternalismo forte, por se tratar de intervenção que pode gerar situações de abuso. Por isso, Beauchamp e Childress não defendem políticas públicas e institucionais de paternalismo forte, mas apenas certos atos de paternalismo forte⁹⁰.

Os referidos autores apontam também que intervenções de menor grau associadas ao paternalismo forte, como a contenção de pacientes desacompanhados que, sob efeito de medicamentos entorpecentes, podem se ferir ao tentar se levantar, são relativamente comuns em ambientes hospitalares⁹¹. Em casos como esse, o paternalismo forte é justificado, desde que não existam alternativas razoáveis e se as seguintes condições sejam satisfeitas:

1. Se o paciente está exposto a um dano significativo e evitável
2. Se a ação paternalista provavelmente for evitar o dano
3. Se os benefícios esperados da ação paternalista suplantarem os riscos para o paciente
4. Se a alternativa adotada, que assegure os benefícios e reduza os riscos, for a que menos restrinja a autonomia

Estas condições geralmente justificam o paternalismo forte, mas sua interpretação e seus limites necessitam de uma análise mais extensa do que podemos oferecer aqui. Somos inclinados a acrescentar uma quinta condição exigindo que uma ação paternalista não restrinja substancialmente a autonomia. Essa condição só poderia ser satisfeita se não estiverem em jogo interesses de autonomia vitais ou substanciais.⁹²

⁸⁹ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 302.

⁹⁰ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 307.

⁹¹ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 308.

⁹² BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 308.

Beauchamp e Childress argumentam que a defesa mais plausível do ato paternalista se dá pela ponderação entre os benefícios resultantes da intervenção e o grau de restrição imposto à autonomia do indivíduo. Ou seja, intervenções que acarretam graves violações à autonomia em troca de benefícios inexpressivos são, em geral, eticamente indefensáveis. Por outro lado, restrições mínimas que proporcionam benefícios significativos tendem a ser mais facilmente justificadas. Contudo, essa lógica é alvo de críticas na ética biomédica contemporânea, especialmente no que se refere às implicações do paternalismo forte⁹³.

Elaborados os conceitos fundamentais para a adequada compreensão do objeto desta pesquisa, cabe, no próximo item, proceder à delimitação das diferenças conceituais entre ações protetivas e ações paternalistas.

1.5 Tratamentos sem consentimento: proteção ou paternalismo?

Como reconhece Schramm, uma das críticas mais recorrentes dirigidas à bioética da proteção consiste na alegação de que ela conduziria, em última instância, a práticas paternalistas⁹⁴. O próprio autor admite a existência desse risco⁹⁵.

Ainda assim, Rodrigues e Schramm elencam argumentos destinados a afastar a identificação entre a bioética da proteção e o paternalismo, nos seguintes termos:

Entretanto, qualquer que seja a amplitude de ação da BP, cabe salientar sua necessidade de se desvincular tanto do paternalismo quanto da culpabilização dos pacientes morais, por meio dos seguintes argumentos:

1. A aplicação de suas ferramentas ocorre tão somente em populações de indivíduos suscetíveis e vulnerados que são incapazes de tomar decisões sozinhos, e não aos meramente vulneráveis;
2. A proteção não deve ser impositiva, mas, necessariamente, oferecida ao destinatário;
3. O princípio de proteção implica, necessariamente, o dever da eficácia nas intervenções sanitárias, mesmo que isso signifique restringir a autonomia individual ante a qualidade de vida de determinado coletivo.⁹⁶

A formulação desses argumentos contribui para a compreensão dos limites éticos da atuação protetiva e para evitar sua confusão com intervenções de caráter paternalista. A partir deles, e dos demais conceitos discutidos ao longo deste capítulo, é possível identificar três eixos centrais que distinguem os atos protetivos dos paternalistas: (1) o perfil do sujeito da ação; (2) o grau de respeito à sua autonomia; e (3) a finalidade da intervenção. Explica-se.

⁹³ BEAUCHAMP; CHILDRESS. **Princípios de ética biomédica**, p. 306/307.

⁹⁴ SCHRAMM. **A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias?**, p. 1536

⁹⁵ RODRIGUES; SCHRAMM. **Bioética de proteção: fundamentos e perspectiva**, p. 362.

⁹⁶ RODRIGUES; SCHRAMM. **Bioética de proteção: fundamentos e perspectiva**, p. 362.

A primeira diferença entre a proteção e o paternalismo reside no fato de que o ato protetivo possui delimitação subjetiva clara e bem definida. O princípio da proteção se dirige exclusivamente aos suscetíveis e, principalmente, aos vulnerados que não possuam meios próprios para se proteger.

No recorte específico desta dissertação, a suscetibilidade e a vulneração podem se manifestar em pessoas com transtorno por uso de substâncias psicoativas que apresentem comprometimento substancial da capacidade de compreender e deliberar sobre a terapêutica proposta e/ou prejuízo significativo da voluntariedade e que precisem de proteção. Em contraste, o paternalismo não pressupõe um sujeito previamente situado em condição de suscetibilidade ou vulneração e pode incidir também sobre indivíduos substancialmente autônomos.

A segunda discrepância relevante entre proteção e paternalismo se refere ao grau de respeito conferido à autonomia individual. Schramm e Kottow, destacam que “a proteção não se confunde com o paternalismo beneficente, pois, em princípio, o agente protetor não pode agir sem o consentimento da população”⁹⁷. Como mencionado no tópico 2.1, o princípio da proteção apenas autoriza intervenções sem a obtenção do consentimento em situações excepcionais, como nas emergências sanitárias, para a proteção do “corpo social”, ou quando o sujeito não possui aptidão para consentir. Neste último caso, a ausência de consentimento não decorre de uma opção deliberada do agente protetor de substituir a vontade do indivíduo, mas da inexistência fática das condições necessárias, da própria “matéria-prima”, para consentir.

Não se ignora que, pela ótica da bioética principialista, as duas circunstâncias extraordinárias tratadas acima podem ser classificadas como formas de paternalismo. As intervenções compulsórias decorrentes de políticas públicas configurariam um paternalismo do tipo “forte”, enquanto a atuação sobre indivíduos que não preenchem as condições para o consentimento caracterizaria um paternalismo do tipo “fraco”. Ainda que se admita essa classificação, é preciso reconhecer que, na bioética da proteção, as formas de “paternalismo” são pontuais e rigorosamente delimitadas. Em sentido contrário, os atos paternalistas, na concepção de Beauchamp e Childress, podem envolver um conjunto mais amplo de condutas do que as situações excepcionais indicadas por Schramm e Kottow.

É necessário destacar que, para os fins deste trabalho, o chamado paternalismo fraco não é considerado um ato propriamente paternalista, uma vez que a restrição da autonomia não

⁹⁷ SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M., **Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas**, p. 954. Tradução da autora.

decorre de uma imposição do agente, mas de uma limitação inerente ao próprio paciente moral. Nessas situações, em que o indivíduo não possui aptidão para exercer sua autonomia, a adoção de medidas que o protejam de danos e promovam seu bem-estar se mostra não apenas adequada, mas, também, desejável. Por sua vez, os tratamentos compulsórios de natureza sanitária configuram, de fato, medidas paternalistas, porém justificadas pelo interesse coletivo. É necessário lembrar que a autonomia individual, embora fundamental em sociedades democráticas e pluralistas, não é absoluta.

A terceira divergência entre atos de proteção e atos de paternalismo é o objetivo dessas ações. A finalidade da proteção é, em última análise, garantir os meios para que o sujeito suscetível ou vulnerado possa desenvolver suas potencialidades, inclusive no sentido de, futuramente, exercer sua autonomia sem depender de intervenções externas. Já o paternalismo impõe ao indivíduo um benefício terapêutico, sem necessariamente visar ao fortalecimento de suas capacidades ou à promoção de sua autonomia.

Schramm expõe essa discrepância de objetivos, e a exigência de que o indivíduo a ser protegido não disponha de meios próprios para garantir sua proteção, da seguinte forma:

Nesse sentido, a Bioética da Proteção não se aplica, via de regra, aos indivíduos e às populações que – embora afetados negativamente ou suscetíveis de serem concretamente afetados – conseguem enfrentar essa condição existencial com seus próprios meios ou com os meios oferecidos pelas instituições vigentes e atuantes. Caso contrário, a proteção – considerada condição necessária para que a pessoa vulnerada saia de sua condição de vulneração e desenvolva sua competência para ter uma vida pelo menos decente – poderia ser confundida, pertinentemente, com "paternalismo", porque proteger visa dar o suporte necessário para que o próprio indivíduo potencialize suas capacidades e possa fazer suas escolhas de forma competente, ao passo que o paternalismo pode, em nome do (suposto) bem-estar do outro, infantilizá-lo e sufocá-lo, impedindo sua capacitação para viver uma vida decente e livre, tornando-o, assim, sempre dependente das escolhas alheias. Em suma, proteger significa dar as condições de vida que cada qual julgue necessárias para capacitá-lo na tomada de suas próprias decisões enquanto ser racional e razoável. Se não for assim, a Bioética da Proteção contraditaria um dos valores básicos das sociedades seculares e democráticas modernas, que é o direito ao exercício da autonomia pessoal e, em alguns casos, o dever de exercê-la, sendo, portanto, responsável por seus atos.⁹⁸

Ao final deste capítulo, considerando os pontos aqui discutidos, é importante reconhecer que proteção e paternalismo compartilham pontos de interseção, especialmente por envolverem ações realizadas em benefício de outra pessoa. Essa proximidade não apenas dificulta sua delimitação teórica, como também representa o risco de que ações protetivas se tornem paternalistas, como já reconheceu Schramm.

⁹⁸ SCHRAMM. **Bioética da Proteção**: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização, p. 17.

Como exposto acima, a distinção entre proteção e paternalismo não pode ser aferida a partir de critérios isolados, como a mera invocação de um benefício terapêutico ou a ausência de consentimento. Ela exige uma análise articulada de três eixos fundamentais: a quem a intervenção se dirige, em que medida ela restringe a autonomia do sujeito e com que finalidade é implementada. Apenas a consideração conjunta desses elementos permite avaliar, de forma objetiva, se a medida preserva sua intenção protetiva ou se converte-se em ato paternalista.

A sistematização desses três eixos de análise se mostra extremamente útil, não apenas para a finalidade de aprofundamento conceitual, mas também para orientar intervenções protetoras legítimas. Eles serão empregados como referencial ético para a avaliação da tramitação dos processos de internação psiquiátrica compulsória que compõem a amostra desta pesquisa, permitindo examinar em que medida os feitos têm sido conduzidos em conformidade com a lógica da proteção ou se aproximam-se de práticas de caráter paternalista.

Para além dos três eixos analíticos aqui delineados, a avaliação das ações de internação psiquiátrica compulsória também se apoiará nos parâmetros normativos aplicáveis à matéria, que serão examinados no capítulo seguinte.

2. MARCOS REGULATÓRIOS SOBRE CONSENTIMENTO, SAÚDE MENTAL E TRATAMENTO DE TRANSTORNOS POR USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Como já mencionado anteriormente, este capítulo tem por objetivo apresentar os marcos normativos aplicáveis ao objeto desta pesquisa. Serão abordadas as normas que regulam a saúde mental, o tratamento dos transtornos psiquiátricos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, o consentimento e a capacidade de consentir com a terapêutica proposta, tanto no âmbito legal quanto no infralegal. Os textos normativos serão analisados conforme sua relevância para o objeto desta pesquisa, as internações psiquiátricas compulsórias, não necessariamente em ordem cronológica.

2.1 Normas Legais

2.1.1 Lei da Reforma Psiquiátrica

A Lei nº 10.216/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (LRP), teve como origem o Projeto de Lei nº 3.657/1989, apresentado em 12 de setembro de 1989 pelo então deputado federal Paulo Delgado (PT/MG)⁹⁹. Após doze anos de tramitação, a versão final do texto foi aprovada em razão de articulações políticas que implicaram concessões de conteúdo, mas que, ainda assim, representaram um avanço sob a ótica do movimento antimanicomial¹⁰⁰.

Como é possível perceber da leitura da Lei da Reforma Psiquiátrica, composta de treze artigos, trata-se de norma voltada à proteção e aos direitos das pessoas com transtornos mentais, que redireciona o modelo de assistência à saúde mental no Brasil. Amparada na perspectiva psicossocial, a lei propõe que o tratamento aconteça, preferencialmente, em serviços extra-hospitalares, inseridos no território e na comunidade de pertencimento do usuário dos equipamentos de saúde.

Logo em seu artigo 2º, a Lei nº 10.216/2001 elenca os direitos das pessoas com transtorno mental, determinando que tais direitos devem ser comunicados ao próprio usuário

⁹⁹ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3.657**, de 1989. Ficha de tramitação. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 6 abr. 2001.

¹⁰⁰ PRADO, Yuri; SEVERO, Fernanda; GUERRERO, André. **Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar**: disputas políticas e contrarreforma. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 3, out. 2020. p. 260.

ou a seus familiares no momento do atendimento. Para melhor compreensão do referido dispositivo legal, segue abaixo a sua transcrição:

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

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

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A maior parte desses direitos já encontra respaldo na própria Constituição Federal¹⁰¹, mas o tratamento conferido por lei específica revela a preocupação do legislador em garantir que pessoas com transtornos mentais não tenham suas prerrogativas desrespeitadas em razão de sua condição de suscetibilidade ou vulneração.

Os incisos do artigo 2º podem ser agrupados em três eixos temáticos, conforme a natureza dos direitos assegurados: (1) direitos vinculados à dignidade da pessoa com transtorno mental; (2) direitos referentes ao acesso a tratamento adequado e proporcional ao transtorno apresentado; e (3) direitos relativos ao acesso à informação e à proteção da privacidade. A análise a seguir será conduzida a partir dessa divisão, a qual tem caráter meramente organizacional, visto que alguns incisos contemplam, de forma concomitante, direitos de diferentes naturezas.

Em relação à dignidade da pessoa em atendimento de saúde mental (1), destacam-se os incisos III, VI e VIII do art. 2º, que asseguram, respectivamente, a proteção contra abusos e exploração, o livre acesso aos meios de comunicação e o direito ao tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos disponíveis.

Esse esforço de preservar a integridade física e psíquica da pessoa com transtorno mental, assim como de garantir sua possibilidade de comunicação com o mundo externo ao

¹⁰¹ Por exemplo: Inciso I: art. 6º e art. 196, CF; Inciso II: art. 1º, III, CF; Inciso III: art. 5º, III; Inciso IV: art. 5º, X, CF; Inciso VIII: art. 1º, III, e art. 5º, III, CF.

ambiente de tratamento, está em consonância com a finalidade expressa pelo deputado Paulo Delgado, por ocasião da apresentação do Projeto de Lei nº 3.657/1989, ao afirmar que uma das intenções da proposta era “proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos”¹⁰².

Convém lembrar que a tramitação do projeto foi permeada por episódios emblemáticos de violação de direitos de pessoas com transtorno mental, os quais justificaram e reforçaram a necessidade de resguardar a dignidade desse grupo.

Entre os acontecimentos simbólicos anteriores ao Projeto de Lei nº 3.657/1989 que motivaram sua apresentação, destacam-se as graves violações de direitos das pessoas internadas no Hospital Colônia de Barbacena, amplamente repercutidas pela série de reportagens publicada pelo jornal *Diário de Minas*, em 1979, posteriormente reunidas e organizadas em um livro¹⁰³, bem como no curta-metragem *Em Nome da Razão*, dirigido por Helvécio Raton em 1980, que expõe as condições degradantes e desumanas a que eram submetidos os internos da instituição¹⁰⁴.

Já na fase de tramitação do projeto, mais especificamente em 1999, Damião Ximenes Lopes, homem de trinta anos com deficiência mental, faleceu na clínica psiquiátrica denominada Casa de Repouso Guararapes, instituição privada ligada ao Sistema Único de Saúde, localizada em Sobral (CE). Posteriormente, foi constatado que sua morte foi resultado de espancamento e maus-tratos, fato que justificou a apresentação do caso à Comissão Interamericana de Direitos Humanos, denúncia essa que resultou na primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos, em 2006^{105 106}.

Embora a sua primeira edição tenha sido publicada em 2013, portanto em momento posterior à tramitação do Projeto de Lei nº 3.657/1989, é pertinente mencionar o livro *Holocausto Brasileiro*¹⁰⁷, de Daniela Arbex, que reconstrói a história do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, conhecido como Colônia. A obra descreve o funcionamento da instituição, que ao longo de décadas recebeu milhares de pessoas internadas, submetidas a condições degradantes e a práticas que resultaram em elevado número de óbitos, com participação ou omissão do Estado e de instituições médicas. Com base em entrevistas com

¹⁰² BRASIL. Congresso Nacional. **Diário do Congresso Nacional: Seção XI**. Brasília, DF, set. 1989. p. 31.

¹⁰³ FIRMINO, Hiram. **Nos porões da loucura**. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

¹⁰⁴ RATTON, Helvécio. **Em nome da razão** [vídeo]. Direção: Helvécio Raton. Belo Horizonte: Grupo Novo de Cinema e TV; Associação Mineira de Saúde Mental, 1980. 25 min.

¹⁰⁵ PRADO, Y.; SEVERO, F.; GUERRERO. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar ...**, p. 258/259.

¹⁰⁶ REU BRASIL. **Caso Ximenes Lopes versus Brasil**. [S. l.], [2022?].

¹⁰⁷ ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. Intrínseca. Edição do Kindle. 2019.

sobreviventes e ex-funcionários, o livro documenta um processo de exclusão social que culminou na morte de mais de 60 mil pessoas, sendo frequentemente referido como um dos episódios mais graves de violação de direitos humanos no contexto da assistência psiquiátrica no Brasil.

Para além de evidenciarem a necessidade de proteger as pessoas em tratamento psiquiátrico contra abusos e exploração, os episódios mencionados demonstram também a importância de assegurar o acesso a meios de comunicação que lhes possibilitem relatar a terceiros a ocorrência de eventuais violências.

No que se refere à disponibilização de instrumentos de comunicação aos usuários dos serviços de saúde mental, é importante salientar que, durante a internação psiquiátrica, o uso de telefones, aparelhos celulares e outros dispositivos tecnológicos é objeto de restrição. O contato com o “mundo exterior” normalmente se limita à realização de ligações telefônicas convencionais, por meio de aparelhos fixos, muitas das vezes supervisionada^{108 109}. De todo modo, a autorização ou restrição de uso deve ser definida de forma individualizada, proporcional e compatível com a condição clínica da pessoa internada, devendo a fundamentação da decisão terapêutica ser registrada no prontuário.

Quanto ao direito da pessoa ao acesso a tratamento adequado e proporcional ao seu transtorno (2), são dignos de nota os incisos I, II e IX do art. 2º, que garantem que o atendimento prestado seja compatível com as necessidades do sujeito, desenvolvido com humanidade e respeito, com a finalidade exclusiva de beneficiar sua saúde e promover sua recuperação, preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental.

¹⁰⁸ AVELINO, Gabriel L. **Uso de smartphones em internações psiquiátricas de crianças e adolescentes: uma revisão narrativa**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) – Programa de Residência Médica em Psiquiatria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022. p. 04/05.

¹⁰⁹ Nathaniel P. Morris identifica diversas razões que podem justificar a restrição do acesso à internet por pessoas internadas em unidades psiquiátricas, as quais podem ser aplicadas, por analogia e no que couber, às ligações telefônicas. Entre elas, destacam-se o risco de exposição a informações de saúde não confiáveis ou a conteúdos potencialmente nocivos, como sites pró-suicídio e materiais associados a distorções da realidade; os possíveis efeitos adversos sobre a saúde mental, incluindo aumento da ansiedade e da depressão; prejuízos sociais ou profissionais decorrentes de comunicações inadequadas realizadas durante episódios psiquiátricos; a violação da privacidade de outros pacientes ou de membros da equipe; os riscos físicos relacionados ao uso de dispositivos eletrônicos, que podem conter elementos passíveis de serem utilizados para automutilação ou agressão; e a possibilidade de assédio a terceiros, especialmente relevante em situações nas quais o paciente apresente histórico de comportamento violento. Morris ressalta também a importância de que as instituições realizem avaliações individualizadas quanto à adequação do uso da internet por pessoas internadas em serviços de saúde mental. Algumas podem ser consideradas aptas a utilizar a internet sob diferentes graus de supervisão, enquanto outras podem não apresentar estabilidade clínica suficiente para qualquer tipo de acesso online. Em qualquer hipótese, as razões que fundamentaram a decisão devem ser devidamente registradas no prontuário. (MORRIS, Nathaniel P. Internet access for patients on psychiatric units. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, [S. l.], v. 46, n. 2, 2018. p. 227/228).

Dos dispositivos analisados, percebe-se a preocupação do legislador em assegurar que o tratamento seja realizado exclusivamente com a finalidade de promover o benefício terapêutico da pessoa que utilize os serviços de saúde mental. Essa preocupação encontra fundamento no histórico de violações de direitos das pessoas com transtorno mental no Brasil, conforme tratado anteriormente, marcado por situações que evidenciaram o desvio de finalidade do sistema hospitalar psiquiátrico, que, em vez de priorizar o cuidado e a reabilitação, acabou por se converter em instrumento de exclusão, controle, disciplina, punição e repressão¹¹⁰

¹¹¹.

Também com o objetivo de promover a saúde da pessoa com transtorno psiquiátrico, a justificativa do Projeto de Lei nº 3.657/1989 destaca que “a problemática da liberdade é central para o atendimento em saúde mental”¹¹², fundamento que orienta o redirecionamento dos serviços para equipamentos situados fora do ambiente hospitalar e inseridos no contexto comunitário do indivíduo, o que se traduz na diretriz conhecida como “cuidado em liberdade”¹¹³.

Seguindo essa linha, a Lei da Reforma Psiquiátrica prioriza o tratamento “fora dos muros hospitalares”, restringindo a internação a situações de crise, quando estritamente necessária¹¹⁴. O atendimento deve se pautar na atenção multiprofissional ao usuário e na preservação de seus vínculos territoriais, familiares e comunitários, ponto abordado de forma mais detalhada no art. 4º da LRP e na Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, dispositivos que serão analisados mais adiante neste capítulo.

¹¹⁰ AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. SciELO - Editora FIOCRUZ. Edição do Kindle. p. 53.

¹¹¹ Quanto ao uso do sistema hospitalar psiquiátrico para fins não terapêuticos, transcreve-se trecho da obra *Holocausto Brasileiro*, de Daniela Arbex: “As mulheres andavam em silêncio na direção do Departamento A, conhecido como Assistência. Daquele momento em diante, elas deixavam de ser filhas, mães, esposas, irmãs. As que não podiam pagar pela internação, mais de 80%, eram consideradas indigentes. Nesta condição, viam-se despidas do passado, às vezes, até mesmo da própria identidade. Sem documentos, muitas pacientes do Colônia eram rebatizadas pelos funcionários. Perdiam o nome de nascimento, sua história original e sua referência, como se tivessem aparecido no mundo sem alguém que as parisse. Outros recebiam a alcunha ‘Ignorado de Tal’. Muitas ignoradas eram filhas de fazendeiros as quais haviam perdido a virgindade ou adotavam comportamento considerado inadequado para um Brasil, à época, dominado por coronéis e latifundiários. Esposas trocadas por amantes acabavam silenciadas pela internação no Colônia. Havia também prostitutas, a maioria vinda de São João del-Rei, enviadas para o pavilhão feminino Arthur Bernardes após cortarem com gilete os homens com quem haviam se deitado, mas que se recusavam a pagar pelo programa. Além do trem, muita gente era enviada para o hospital de ônibus ou em viatura policial. Várias requisições de internação eram assinadas por delegados.” (ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro...**)

¹¹² BRASIL. **Diário do Congresso Nacional**: Seção XI. p. 31.

¹¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**.

¹¹⁴ BAGATIN, Thiago de Sousa; BOARINI, Maria Lucia. Centenário do Manicômio Judiciário: qual é o balanço social? **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 27, 2024. p. 12.

Concluindo o exame do art. 2º, verifica-se que os incisos IV, V e VII asseguram à pessoa em tratamento de saúde mental o direito à informação e à proteção de sua privacidade (3). Esses dispositivos garantem que o usuário receba informações completas sobre seu diagnóstico e tratamento e, especialmente nos casos de internação involuntária, tenha acesso à presença médica, a qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização. Estabelecem, ainda, a preservação do sigilo das informações prestadas durante o atendimento.

Nota-se, portanto, que os incisos mencionados tratam de deveres atribuídos aos profissionais de saúde envolvidos no atendimento da pessoa em tratamento psiquiátrico, consistentes em prestar informações ao usuário dos serviços de saúde e preservar o sigilo sobre os dados obtidos em razão desse atendimento. Como intuitivo, é através da observância desses deveres profissionais que os direitos assegurados ao usuário se concretizam e produzem efeitos práticos.

Retomando as ideias desenvolvidas no capítulo 1, especialmente no item 1.3, a prestação de informações constitui elemento essencial para o processo de obtenção do consentimento. Nesse sentido, a pessoa em atendimento de saúde mental deve receber as informações relevantes e a proposta do plano terapêutico, de forma a possibilitar sua compreensão e, posteriormente, a manifestação favorável ou contrária ao tratamento proposto.

Ainda que o usuário dos serviços de saúde não reúna plenamente as condições de capacidade e voluntariedade necessárias ao consentimento, deve-se assegurar, na maior medida possível, sua participação no processo decisório e o acesso às informações relativas ao plano terapêutico, respeitadas suas condições individuais, ponto esse que será retomado no item 2.2.2.3, relativo à Recomendação CFM nº 1/2016. Por isso, o fato de a pessoa estar em internação psiquiátrica, independentemente da modalidade (voluntária, involuntária ou compulsória), não afasta o seu direito de receber, a qualquer tempo e sempre que solicitar, esclarecimentos do médico assistente acerca do tratamento.

A respeito do direito ao sigilo das informações prestadas durante o atendimento em saúde mental, sua finalidade é resguardar a esfera da vida privada da pessoa em tratamento. Esse sigilo é a expressão direta dos direitos constitucionais à inviolabilidade da intimidade (art. 5º, X, da CF) e à proteção dos dados pessoais (art. 5º, LXXIX, da CF).

Como pondera Brunello Stancioli, a garantia de privacidade do usuário dos serviços de saúde atende a dois aspectos, o ético-social e o pragmático. O aspecto ético-social se refere à defesa da personalidade da pessoa em tratamento, buscando evitar sua estigmatização e possibilitar, na medida do possível, a continuidade de seus relacionamentos sociais, com a

devida preservação de sua autonomia e liberdade na sociedade. Já o aspecto pragmático tem como origem a necessidade de estabelecer uma relação de confiança entre o usuário dos serviços de saúde e os profissionais que o assistem. A garantia de não divulgação das informações contribui para essa relação, favorecendo a intersubjetividade entre as partes e facilitando a obtenção de dados sobre a patologia, as circunstâncias que subsidiam o diagnóstico e o próprio tratamento¹¹⁵.

Diante do estigma que, infelizmente, ainda recai sobre os transtornos mentais, o aspecto ético-social assume especial relevância nos diagnósticos dessa natureza. Nessa linha, Angela Bertoldo, Heloisa Tartari Liberato Fernandes e Pedro Henrique Pereira Alvim apontam que as doenças mentais são frequentemente associadas a estereótipos e distorções culturais decorrentes da falta de compreensão sobre o adoecimento psíquico, estigma que também é compartilhado por profissionais de saúde, inclusive da saúde mental¹¹⁶. Por sua vez, a estigmatização do adoecimento mental pode levar à menor procura por atendimento, atraso no diagnóstico, baixa adesão ou abandono do tratamento, redução de oportunidades, queda da autoestima e isolamento social¹¹⁷.

Após essas considerações sobre os direitos do usuário dos serviços de saúde mental à informação e à privacidade, cabe registrar que esses temas serão examinados com maior aprofundamento, ainda neste capítulo, na seção dedicada às normas infralegais, especialmente as editadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Prosseguindo para a análise do art. 4º da Lei nº 10.216/2001, o dispositivo estabelece o seguinte:

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

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

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

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

¹¹⁵ STANCIOLI, Brunello. **Relação Jurídica Médico-paciente**. 2.ED. Belo Horizonte: Fórum, 2020. p. 78/80.

¹¹⁶ BERTOLDO, A.; FERNANDES, H. T. L.; ALVIM, P. H. P. Estigma das doenças mentais: do vetor a patogenicidade. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 13, 2023. p. 02.

¹¹⁷ BERTOLDO, A.; FERNANDES, H. T. L.; ALVIM, P. H. P. **Estigma das doenças mentais**: do vetor a patogenicidade. p. 03.

O *caput* do dispositivo prevê, desde logo, a excepcionalidade das internações psiquiátricas, que somente poderão ocorrer quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Propõe-se, assim, a implementação, em âmbito nacional, de um novo modelo de assistência em saúde mental, fundamentado no cuidado prestado fora do ambiente hospitalar¹¹⁸.

Os recursos hospitalares correspondem às internações psiquiátricas, que devem ser preferencialmente realizadas em leitos psiquiátricos de hospitais gerais, conforme dispõe a Portaria MS nº 3.088/2011, posteriormente incorporada à Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, em detrimento dos hospitais psiquiátricos, entendidos como aqueles em que a maioria dos leitos se destina ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação (Item 2.1 do Anexo da Portaria GM/MS nº 251/2002).

Já os recursos extra-hospitalares abrangem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), centros de convivência e cultura, centros de referência, oficinas terapêuticas, entre outros¹¹⁹. Os serviços de saúde mental extra-hospitalares serão analisados de forma mais detida na seção deste capítulo dedicada à Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, cumprindo neste momento apenas destacar que a rede substitutiva¹²⁰, composta por serviços descentralizados e concebida para viabilizar formas de tratamento alternativas às internações psiquiátricas, antecede a Lei nº 10.216/2001, embora tenha sido a partir desse marco normativo que se estabeleceu, juridicamente, a exigência de que a internação constituísse medida de última instância e que ocorresse em articulação com os equipamentos de saúde extra-hospitalares.

Sobre a origem da adoção de medidas substitutivas, de acordo com Paulo Amarante e Mônica de Oliveira Nunes, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi implantado na capital paulista, em 1987¹²¹. Em seguida, em 1989, os gestores de saúde de Santos/SP propuseram a criação de redes descentralizadas de cuidado, integrando serviços como Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), residências terapêuticas, cooperativas de trabalho, projetos culturais e programas intersetoriais. Com a crescente visibilidade desses equipamentos substitutivos em saúde mental, a Portaria do Secretário Nacional de Assistência à Saúde nº

¹¹⁸ PRADO, Y.; SEVERO, F.; GUERRERO, A. **Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar...**, p. 260.

¹¹⁹ AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2018. p. 2071.

¹²⁰ Conforme descrevem Paulo Amarante e Mônica de Oliveira Nunes a rede substitutiva é “composta não apenas de serviços descentralizados, distribuídos pelo território, mas também de dispositivos que pudessem contemplar outras dimensões e demandas da vida, tais como moradia, trabalho lazer, cultura, etc”. (AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS..., p. 2071)

¹²¹ LABORATÓRIO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (LAPS/ENSP/FIOCRUZ). **Linha do tempo**. [S. l.], [2016?].

189/1991 incluiu os códigos NAPS/CAPS na tabela do SUS, enquanto a Portaria SNAS nº 224/1992 passou a defini-los como unidades de saúde locais ou regionalizadas, responsáveis pela cobertura de uma população definida e pela oferta de cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar¹²².

Na sequência, o §1º do art. 4º estabelece que a internação psiquiátrica deve ter como objetivo a reinserção do paciente em seu meio social. Conforme ressaltam Pedro Machado Ribeiro Neto e Alexandra Iglesias, em casos graves que envolvam risco, a internação pode ser necessária, mas deve sempre visar ao restabelecimento do paciente e à sua preparação para o retorno à vida em comunidade. Trata-se de medida a ser adotada apenas como último recurso, observando o princípio da brevidade e priorizando-se os recursos comunitários no cuidado em saúde mental¹²³.

Analisando a finalidade legalmente atribuída ao tratamento psiquiátrico em ambiente hospitalar, é possível estabelecer um paralelo com um dos critérios que distinguem atos protetivos de atos paternalistas, abordados no item 1.5 do capítulo 1.

Relembre-se que uma das principais diferenças entre esses tipos de ação reside no objetivo da intervenção: enquanto a proteção busca assegurar os meios para que a pessoa suscetível ou vulnerada desenvolva suas potencialidades e, futuramente, atue de forma autônoma sem depender de intervenções externas, o paternalismo impõe um benefício terapêutico sem necessariamente promover o fortalecimento das capacidades do indivíduo. Nessa perspectiva, a internação psiquiátrica, quando realizada em estrita conformidade com os parâmetros normativos da Lei da Reforma Psiquiátrica, não se confunde com uma prática paternalista, mas configura um ato protetivo voltado à restauração das condições mínimas para o exercício futuro da autonomia.

Passando ao §2º do art. 4º, a norma estabelece a forma como deve ser realizada a internação psiquiátrica, quando necessária, de acordo com esse novo modelo de assistência proposto em âmbito nacional. O tratamento deve assegurar assistência integral à pessoa com transtorno mental, prestada por equipe multidisciplinar, abrangendo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, entre outros.

Conforme sustentam Sandra Cristina Pillon, Natália Priolli, Jora Pegoraro e Manoel Antonio dos Santos o cuidado em saúde deve se guiar pelas necessidades da pessoa que procura

¹²² AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS..., p. 2071.

¹²³ RIBEIRO NETO, Pedro Machado; IGLESIAS, Alexandra. Análise de concepções sociais sobre tratamento psiquiátrico oferecido em uma clínica particular. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, Brasil, v. 13, 2024. p. 03.

o serviço, visando à elaboração de estratégias de enfrentamento que sejam adequadas a cada contexto¹²⁴. Para a elaboração e execução dessas estratégias, é indispensável a atuação articulada de trabalhadores com diferentes níveis de qualificação técnica, detentores de saberes específicos e diversos capazes de auxiliar indivíduos com problemas de saúde ou em situação de vulnerabilidade psicossocial que implique riscos de adoecimento¹²⁵.

De sua parte, o §3º do art. 4º da Lei da Reforma Psiquiátrica veda a internação psiquiátrica em instituição com características asilares, ou seja, que não assegure assistência integral e multidisciplinar à pessoa com transtornos mentais, nos termos do §2º do mesmo artigo, bem como que não lhe garanta os direitos previstos no parágrafo único do art. 2º. Assim, por exclusão, a LRP define o que se deve entender por instituição asilar.

É possível perceber que o legislador estabelece que, caso o tratamento hospitalar se mostre necessário, ele deve ocorrer em estabelecimento capaz de oferecer à pessoa com transtorno mental as condições adequadas para a execução do plano terapêutico. Em outras palavras, o usuário deve estar inserido em ambiente compatível com as necessidades do tratamento e ser assistido por equipe profissional multidisciplinar, com a devida observância dos direitos que lhe são assegurados em lei.

Mais adiante, o art. 6º da Lei nº 10.216/2001 dispõe que a internação somente poderá ser realizada mediante indicação expressa de médico, formalizada em documento que especifique os motivos que justifiquem essa modalidade de tratamento. O dispositivo também numera as modalidades de tratamento hospitalar psiquiátrico existentes, como se vê da transcrição abaixo:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:
I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Cumprido destacar que o texto legal emprega a expressão “laudo”, embora, tecnicamente, se refira a um relatório¹²⁶. Isso porque o laudo médico deve apresentar a “descrição e conclusão

¹²⁴ PILLON, Sandra Cristina; PEGORARO, Natália Priolli Jora; SANTOS, Manoel Antonio dos. **O papel da equipe interdisciplinar na dependência química...**, p. 455.

¹²⁵ PILLON, Sandra Cristina; PEGORARO, Natália Priolli Jora; SANTOS, Manoel Antonio dos. **O papel da equipe interdisciplinar na dependência química...**p. 455.

¹²⁶Nesse ponto, cumpre esclarecer que, à época da publicação da Lei nº 10.216/2001, não havia, no âmbito do Conselho Federal de Medicina (CFM), resolução específica que conceituasse de forma sistemática o “relatório” ou o “laudo” como espécies autônomas de documentos médicos. As normas então vigentes tratavam da

do médico sobre exame complementar realizado em um paciente” (art. 4º, inc. XI, Resolução CFM nº 2.381/2024). A expressão “exame complementar”, no caso de internação psiquiátrica, corresponde aos exames realizados após a admissão da pessoa com transtorno mental, com a finalidade de avaliar o quadro clínico atual, descartar distúrbios orgânicos e investigar possíveis efeitos colaterais decorrentes de terapêutica farmacológica instituída¹²⁷, entre outras possibilidades.

Considerando que, pela lógica do dispositivo aqui estudado, o documento previsto no art. 6º é produzido antes da admissão do usuário ao tratamento na modalidade hospitalar, ou, no máximo, no momento da admissão, a utilização do termo “laudo” configura provável atecnia legislativa, sendo razoável presumir que a intenção era fazer referência a um relatório médico circunstanciado, que pode ser conceituado da seguinte forma:

Relatório médico circunstanciado: documento exarado por médico que presta ou prestou atendimento ao(à) paciente, com data do início do acompanhamento; resumo do quadro evolutivo, remissão e/ou recidiva; terapêutica empregada e/ou indicada; diagnóstico (CID), quando expressamente autorizado pelo paciente, e prognóstico [...]. (art. 4º, inc. VII, Resolução CFM nº 2.381/2024)

Assim, tudo indica que o documento médico mencionado no art. 6º corresponde ao registro da avaliação da pessoa com transtorno mental e da terapêutica indicada, realizada em ambiente ambulatorial ou em serviço de emergência psiquiátrica¹²⁸, que pode servir de base para a imediata internação do usuário ou para fundamentar pedido posterior de sua inclusão em tratamento psiquiátrico hospitalar.

Prosseguindo com a análise dos incisos do art. 6º, eles enumeram e conceituam as três categorias de internação psiquiátrica (IP): voluntária (IPV), realizada com o consentimento do usuário; involuntária (IPI), efetuada sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, sem que o dispositivo defina de forma taxativa quem seja esse terceiro; e compulsória (IPC), determinada por ordem judicial.

É importante pontuar também que a Portaria do Ministério da Saúde nº 2391/2002, posteriormente incorporada à Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde, prevê

documentação médica de modo fragmentário, sobretudo no que se refere à emissão de atestados e aos deveres éticos gerais do médico. Apenas posteriormente, com a Resolução CFM nº 1.638/2002, que definiu o prontuário médico, e, de forma mais ampla, com a Resolução CFM nº 2.381/2024, passou-se a disciplinar de maneira mais detalhada a emissão e os requisitos dos diversos documentos médicos.

¹²⁷ LIMA, Kyuana Azeredo de; FRIEDRICH, Melina Adriana; PACHECO, Marco Antonio; SPANEMBERG, Lucas. Admissão e acolhimento. In: SPANEMBERG, Lucas; et al. **Manual de internação psiquiátrica**. Barueri: Manole, 2021. E-book. p. 10.

¹²⁸ LIMA, Kyuana Azeredo de; FRIEDRICH, Melina Adriana; PACHECO, Marco Antonio; SPANEMBERG, Lucas. **Admissão e acolhimento...**, p. 03.

uma quarta hipótese: a internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária (IPVI) (art. 66, inc. II, §3º, Portaria Consolidação MS nº. 3/2017). Essa situação acontece quando o paciente, inicialmente internado de forma voluntária, manifesta discordância quanto à manutenção da internação, mas o médico assistente considera necessária a continuidade do tratamento, ainda que de forma involuntária. A Portaria de Consolidação nº 3/2017 será examinada mais a frente neste capítulo.

As três modalidades de tratamento previstas na Lei da Reforma Psiquiátrica são novamente abordadas em seus artigos 7º, 8º e 9º, que serão estudados nas próximas linhas.

O art. 7º da Lei nº 10.216/2001 estabelece que a internação psiquiátrica voluntária ocorre quando a própria pessoa com transtorno mental a solicita ou expressa consentimento para sua realização, podendo, a qualquer tempo, requerer seu término. Segue o teor do referido dispositivo legal:

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Já o art. 8º da Lei da Reforma Psiquiátrica disciplina que:

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

De acordo com a previsão legal, a internação voluntária ou involuntária deve ser autorizada por médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento em que será realizado o tratamento (art. 8º, *caput*). Embora a internação compulsória também exija a apresentação de relatório circunstanciado (art. 6º, *caput*, da LRP), não há dispositivo que determine que esse documento seja emitido por profissional vinculado ao CRM do mesmo Estado em que acontecerá a internação.

O § 1º do art. 8º impõe à instituição a obrigação de comunicar a internação involuntária ao Ministério Público Estadual em até 72 (setenta e duas) horas. O conteúdo dessa notificação

é disciplinado pela Portaria MS nº 2.391/2002, mais tarde consolidada na Portaria de Consolidação MS nº 3/2017.

Cumprido ressaltar que, embora as internações psiquiátricas compulsórias não exijam comunicação ao Ministério Público, esse órgão é responsável por ajuizar a ação em boa parte dos casos, como será tratado no capítulo 3, situação que permite com que ele zele pela proteção dos direitos da pessoa com transtorno mental. Caso o *parquet* não promova a ação, deverá atuar no feito como fiscal da ordem jurídica e em defesa dos direitos individuais indisponíveis do sujeito a ser internado, nos termos do art. 127 da Constituição Federal¹²⁹, que geralmente estará em situação de suscetibilidade ou vulneração.

O término da internação psiquiátrica involuntária (IPI) poderá ocorrer mediante solicitação escrita de familiar ou responsável legal do paciente, ou por determinação do médico responsável pelo tratamento (§ 2º do art. 8º). O dispositivo não prevê de forma expressa, mas, por raciocínio análogo, é possível concluir que as mesmas formalidades também poderiam fundamentar o início da internação.

Concluindo a análise da Lei nº 10.216/2001, o art. 9º da Lei da Reforma Psiquiátrica estabelece as características e condições aplicáveis à internação compulsória, nos seguintes termos:

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

A norma define o tratamento psiquiátrico hospitalar compulsório como aquele determinado por decisão judicial, devendo o magistrado considerar as condições de segurança da instituição, com a finalidade de resguardar a pessoa com transtorno mental, os demais usuários do serviço de saúde e os profissionais da equipe.

Merece destaque que a expressão “de acordo com a legislação vigente” faz com que alguns autores sustentem que a internação compulsória somente seria admissível nos casos expressamente previstos em lei, o que corresponderia às medidas estabelecidas pela legislação penal para pessoas com transtorno mental que pratiquem atos criminosos, como o disposto no

¹²⁹ Art. 127. O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

art. 96, inciso I, do Código Penal¹³⁰, no art. 319, inciso VII, do Código de Processo Penal¹³¹, e nos arts. 99 a 101 da Lei de Execução Penal¹³².

Nessa linha de entendimento, Haroldo Caetano e Mario Henrique Cardoso Caixeta defendem que:

Ao prever que a internação compulsória seja determinada “de acordo com a legislação vigente”, o dispositivo em questão remete à necessidade de previsão legal expressa para que seja juridicamente possível essa modalidade de internação. Como se está diante de norma que pode levar à restrição da liberdade por uma ordem judicial, foi prudente o legislador ao estabelecer tal exigência, de maneira que a internação compulsória só poderá ser determinada, observado o estrito respeito ao devido processo legal, quando houver expressa previsão legal. Cabe aqui lembrar que no direito brasileiro há somente duas hipóteses legais em que se admite a internação psiquiátrica por ordem judicial, ambas em matéria criminal: a internação por força de medida de segurança (prevista no art. 96, I, do Código Penal) e a internação provisória, prevista como medida cautelar alternativa à prisão no processo penal (art. 319, VII, do Código de Processo Penal).¹³³

Isabel Coelho e Maria Helena Barros de Oliveira seguem na mesma linha, destacando que:

Ressalte-se, ainda, que o art. 9º trata da internação compulsória para os casos previstos na legislação vigente no Brasil. Isso, porque a ciência do direito é baseada no princípio da legalidade, especialmente no que tange à privação de liberdade. Por isso, a internação compulsória só poderá ser determinada nos casos previstos em lei. Atualmente, há apenas as hipóteses constantes dos arts. 99 a 101 da Lei de Execução Penal (LEP) (BRASIL, 1984). Trata-se de internação compulsória de portadores de doença mental quando cometem algum ato definido como crime pela legislação penal. Nesses casos, serão recolhidos aos hospitais de custódia em vez de serem encaminhados para a prisão. Todavia, muito embora seja essa a única situação prevista em lei para a internação compulsória no direito brasileiro – e atente-se: de portadores de doença mental e não de dependentes químicos –, na prática, os atores jurídicos ignoram a regra basilar do princípio da legalidade e ampliam as hipóteses para os dependentes químicos.¹³⁴

¹³⁰ Art. 96. As medidas de segurança são: I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II - sujeição a tratamento ambulatorial.

¹³¹ 319. São medidas cautelares diversas da prisão: [...]VII - internação provisória do acusado nas hipóteses de crimes praticados com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem ser inimputável ou semi-imputável (art. 26 do Código Penal) e houver risco de reiteração.

¹³² Art. 99. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal.

Parágrafo único. Aplica-se ao hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único, do artigo 88, desta Lei.

Art. 100. O exame psiquiátrico e os demais exames necessários ao tratamento são obrigatórios para todos os internados.

Art. 101. O tratamento ambulatorial, previsto no artigo 97, segunda parte, do Código Penal, será realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada.

¹³³ CAETANO, Haroldo; CAIXETA, Mário Henrique Cardoso. Internação forçada do usuário ou dependente de drogas: fundamentos jurídicos e limites à atuação jurisdicional. **Revista Magister de Direito Penal e Processual Penal**, Porto Alegre, v. 17, n. 97, ago./set. 2020. p. 07.

¹³⁴ COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, abr./jun. 2014. p. 361.

Essa questão será retomada no próximo item deste capítulo, considerando que, conforme já indicado no trecho transcrito acima, a interpretação restritiva do art. 9º é utilizada para sustentar a ilegalidade da internação psiquiátrica compulsória de pessoas com transtorno mental associado ao uso de substâncias. Registra-se, contudo, que esse entendimento é minoritário, sem repercussão na prática jurídica, tanto que não foi objeto de discussão em nenhuma das ações analisadas neste estudo.

Por fim, destaca-se que as três modalidades de internação diferem apenas quanto à forma de ingresso da pessoa em tratamento e à possibilidade de sua interrupção a qualquer momento. Em outras palavras, a espécie de internação psiquiátrica hospitalar não interfere na elaboração e nem na condução do plano terapêutico. Essa constatação é exemplificada pela pesquisa de Maria Lucia Piccinato Fatureto, Gabriela Silveira de Paula-Ravagnani e Carla Guanaes-Lorenzi, que acompanharam seis grupos focais com profissionais de um hospital psiquiátrico. Conforme ressaltam as autoras, “a IPC como ação isolada ou medida de tratamento, não se diferencia dos demais tipos de internação (IPI e IPV), uma vez que os mesmos tratamentos e terapêuticas estão disponíveis para todos os pacientes internados, independente da modalidade de internação”¹³⁵.

Finalizado o estudo dos principais dispositivos da Lei nº 10.216/2001, passa-se, no próximo item, ao exame do art. 23-A da Lei nº 13.840/2019, que dispõe sobre a internação psiquiátrica de pessoas com transtorno mental por uso de substâncias (TUS).

2.1.2 Lei de Drogas

A Lei nº 13.840/2019 teve origem no Projeto de Lei nº 7.663/2010, que tinha entre seus objetivos a previsão de medidas voltadas ao atendimento e à internação de pessoas com dependência de substâncias psicoativas¹³⁶. Esse projeto foi responsável pela inserção do art. 23-A na Lei nº 11.343/2006, também conhecida como Lei de Drogas, dispositivo que se transcreve a seguir:

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

¹³⁵ FATURETO, M. L. P.; PAULA-RAVAGNANI, G. S. DE; GUANAES-LORENZI, C. O manejo da internação psiquiátrica compulsória por profissionais de saúde em seu cotidiano. **Psicologia & Sociedade**, v. 32, p. e190864, 2020. p. 07.

¹³⁶ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.663**, de 14 de julho de 2010. Acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas [...]. Brasília, DF, 2010. p. 25/26.

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:

I - articular a atenção com ações preventivas que atinjam toda a população;

II - orientar-se por protocolos técnicos predefinidos, baseados em evidências científicas, oferecendo atendimento individualizado ao usuário ou dependente de drogas com abordagem preventiva e, sempre que indicado, ambulatorial;

III - preparar para a reinserção social e econômica, respeitando as habilidades e projetos individuais por meio de programas que articulem educação, capacitação para o trabalho, esporte, cultura e acompanhamento individualizado; e

IV - acompanhar os resultados pelo SUS, Suas e Sisnad, de forma articulada.

§ 1º Caberá à União dispor sobre os protocolos técnicos de tratamento, em âmbito nacional.

§ 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.

§ 3º São considerados 2 (dois) tipos de internação:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas;

II - internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida.

§ 4º A internação voluntária:

I - deverá ser precedida de declaração escrita da pessoa solicitante de que optou por este regime de tratamento;

II - seu término dar-se-á por determinação do médico responsável ou por solicitação escrita da pessoa que deseja interromper o tratamento.

§ 5º A internação involuntária:

I - deve ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável;

II - será indicada depois da avaliação sobre o tipo de droga utilizada, o padrão de uso e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde;

III - perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável;

IV - a família ou o representante legal poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento.

§ 6º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 7º Todas as internações e altas de que trata esta Lei 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, na forma do regulamento desta Lei.

§ 8º É garantido o sigilo das informações disponíveis no sistema referido no § 7º e o acesso será permitido apenas às pessoas autorizadas a conhecê-las, sob pena de responsabilidade.

§ 9º É vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras.

§ 10. O planejamento e a execução do projeto terapêutico individual deverão observar, no que couber, o previsto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Como é possível perceber, em grande parte, o art. 23-A apenas reproduz disposições já previstas na Lei nº 10.216/2001 ou explicita consequências que dela naturalmente decorrem,

introduzindo apenas alguns elementos adicionais (como acontece, por exemplo, no *caput*, inciso I do § 3º, § 4º etc.). Em determinados trechos, contudo, o dispositivo efetivamente introduz inovações (exemplificando, tem-se o inciso II do § 3º, os incisos II e II do § 5º, etc.). Os trechos mais significativos do artigo serão analisados a seguir.

O *caput* do art. 23-A dispõe que o tratamento da pessoa com transtorno por uso de substâncias deve acontecer, preferencialmente, em regime ambulatorial, e, apenas de forma excepcional, deve se realizar através de internação em unidades de saúde e hospitais gerais. Repete-se, assim, a lógica da Lei da Reforma Psiquiátrica, mais especificamente seu art. 4º, segundo a qual o tratamento hospitalar deve ser considerado apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

O dispositivo acrescenta, entretanto, que essa modalidade de tratamento deveria ocorrer em hospitais gerais ou unidades de saúde. Quanto aos hospitais gerais, como anteriormente destacado, os tratamentos hospitalares devem ser realizados, preferencialmente, em leitos de saúde mental localizados nesses estabelecimentos, diretriz que veio a ser tratada de modo expresso pela Portaria MS nº 3.088/2011, posteriormente incorporada à Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017

Já quanto às unidades de saúde, a expressão adotada pelo legislador revela-se excessivamente genérica, podendo abarcar indistintamente qualquer equipamento destinado à prestação de serviços de saúde. É possível que o legislador tenha pretendido se referir ao Serviço Hospitalar de Referência, por se tratar do único outro equipamento de natureza hospitalar expressamente previsto na Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 para o atendimento de pessoas com transtornos mentais¹³⁷. Teria sido, contudo, recomendável que a norma indicasse de forma clara quais equipamentos são efetivamente adequados para a realização de internações psiquiátricas de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias, de modo a evitar encaminhamentos para instituições desprovidas de estrutura compatível com esse tipo de tratamento.

Segundo o § 2º do referido artigo, as unidades de saúde ou os hospitais gerais em que se realizar a internação devem contar com equipes multiprofissionais, e o tratamento deve ser autorizado por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM). Esses requisitos, contudo, já se encontravam previstos na Lei nº 10.216/2001, em seu art. 4º, § 2º, e no art. 8º, respectivamente.

¹³⁷ Este capítulo possui item específico dedicado à Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 (item 2.2.2.2), cabendo aqui apenas registrar que o art. 10 indica como equipamentos de tratamento hospitalar em psiquiatria os leitos de saúde mental em hospital geral (inciso I) e o Serviço Hospitalar de Referência (inciso II).

Na sequência, o § 3º do art. 23-A estabelece que “são considerados dois tipos de internação”: a voluntária e a involuntária.

Essa disposição, combinada ao art. 9º da Lei da Reforma Psiquiátrica, que prevê que a internação compulsória será determinada “de acordo com a legislação vigente”, é citada por Haroldo Caetano e Mario Henrique Cardoso Caixeta para sustentar que não se admite a internação psiquiátrica compulsória no tratamento do uso nocivo de substâncias, já que essa modalidade foi expressamente excluída das opções previstas na Lei de Drogas para a atenção à pessoa com dependência química. Nesse sentido, os autores afirmam:

Outra regra trazida pela recente mudança na Lei de Drogas, de extrema relevância nesta discussão, é a não previsão da internação compulsória para o usuário de drogas. Para casos de dependência química ou uso abusivo de substâncias psicoativas só se admitem agora dois tipos de internação: a voluntária e a involuntária. A internação compulsória, prevista na Lei Antimanicomial de forma genérica para pessoas com transtornos mentais, foi deliberadamente retirada do leque de opções definidas na Lei de Drogas para o tratamento do usuário ou dependente químico, de maneira que a internação por ordem judicial não é alternativa lícita em face desse sujeito. Entretanto, e aqui está uma regra de ouro, uma vez indicada a necessidade clínica da internação por relatório médico circunstanciado sem que haja o consentimento do indivíduo e não havendo quem por este se manifeste, como exige o art. 23-A, § 3º, inciso II, da Lei de Drogas, poderá o juiz ser chamado a atuar não para impor uma internação, pois não se trata de internação compulsória, que não é sequer admitida legalmente, mas para garantir o pleno acesso à saúde e, caso necessário, para obrigar o poder público ao oferecimento do serviço que muitas vezes é negado por deficiências da própria RAPS. A natureza da internação continua sendo involuntária, o que não muda mesmo quando o juiz é acionado para garantir os direitos e o tratamento adequado da pessoa com transtorno mental.¹³⁸

No entanto, é importante destacar que o art. 23-A se refere especificamente aos programas e políticas públicas voltados à atenção da pessoa com transtorno decorrente do uso de substâncias psicoativas, desenvolvidos no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Dessa forma, os tratamentos nele indicados correspondem a diretrizes legais que devem ser observadas pelos gestores na formulação das políticas públicas destinadas ao atendimento das pessoas com dependência química.

Embora, na maioria das vezes, a internação compulsória se concretize em estabelecimentos públicos, a determinação judicial de tratamento hospitalar psiquiátrico não se confunde com a execução de políticas públicas. Dito de outro modo, enquanto as diretrizes públicas estabelecem o modelo de cuidado, os recursos e as estratégias de prevenção e tratamento, a decisão judicial incide pontualmente, como resposta a situações específicas em

¹³⁸ CAETANO, Haroldo; CAIXETA, Mário Henrique Cardoso. Internação forçada do usuário ou dependente de drogas..., p. 10.

que se verifica a necessidade de intervenção estatal imediata para a proteção da saúde ou da vida de uma pessoa em particular.

Passando ao inciso I do § 3º do art. 23-A, verifica-se que ele define a internação voluntária como aquela realizada com o consentimento da pessoa com transtorno decorrente do uso de substâncias, em consonância com o disposto no art. 6º, inciso I, da Lei da Reforma Psiquiátrica.

Já o inciso II trata da internação involuntária, caracterizada pela ausência de consentimento da pessoa e pela possibilidade de ser requerida por familiar ou responsável legal, em redação é bastante próxima à do art. 6º, inciso II, da LRP, mas acrescenta a previsão de que a solicitação também possa ser formulada por “servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida”.

A previsão de que servidores da saúde, da assistência social ou de órgãos integrantes do Sisnad podem requerer a internação involuntária representa uma inovação relevante. Vale esclarecer que o art. 6º, inciso II, da Lei nº 10.216/2001 não especifica, de forma taxativa, quais seriam os sujeitos legitimados a solicitar a medida, limitando-se a admitir a possibilidade de que ela seja requerida por terceiro. Por isso, em tese, a enumeração de legitimados constante do § 3º, inciso II, do art. 23-A não seria imprescindível para lhes atribuir essa prerrogativa.

Todavia, a opção legislativa revela-se útil, na medida em que confere maior segurança jurídica aos tratamentos iniciados a pedido dos sujeitos expressamente indicados e, ao mesmo tempo, sinaliza um fluxo institucional a ser observado na formulação e execução de políticas públicas sobre o tema. Para além disso, a exclusão de agentes da segurança pública como legitimados a requerer a internação involuntária é positiva, uma vez que evita que o tratamento seja instrumentalizado como resposta meramente punitiva, buscando garantir a sua natureza de medida saúde e de proteção.

Convém destacar, ainda, que o requerimento de internação não implica sua imediata implementação, sendo indispensável, para tanto, relatório médico que indique a necessidade da medida, conforme dispõe o caput do art. 6º da Lei da Reforma Psiquiátrica e o § 5º, inciso I, do art. 23-A da Lei de Drogas.

Outro ponto que merece destaque no artigo em análise é o § 5º, incisos II e III. O inciso II determina que a indicação da internação involuntária deve considerar o padrão de uso da substância e o esgotamento das medidas extra-hospitalares disponíveis na rede de atenção à saúde. Não fica claro, contudo, a quem se destina essa orientação: (1) ao servidor da saúde, da

assistência social ou de órgão do Sisnad responsável pelo requerimento; (2) ao médico encarregado de elaborar o relatório circunstanciado.

Se prevalecer a primeira interpretação, ainda que seja louvável a tentativa de estabelecer critérios para a atuação dos servidores da saúde, da assistência social e de órgãos do Sisnad, a redação mostra-se excessivamente genérica, não oferecendo parâmetros efetivos para orientar sua atuação. Persistindo a segunda interpretação possível, embora o tipo de droga consumida e o padrão de uso sejam elementos relevantes para o diagnóstico de transtorno por uso de substâncias^{139 140}, não parece razoável que a lei estabeleça previamente os critérios segundo os quais o médico deverá formular o diagnóstico nosológico de uma enfermidade específica, o que poderia, inclusive, conflitar com a Lei nº 12.842/2013, conhecida como Lei do Ato Médico¹⁴¹.

Prosseguindo, o inciso III do § 5º do art. 23-A da Lei de Drogas estabelece que a internação involuntária terá duração máxima de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável.

O dispositivo em questão configura mais uma ingerência indevida em atos de competência privativa do médico, vez que a determinação da alta é atribuição exclusiva desse profissional, conforme art. 4º, inciso XI, da Lei nº 12.842/2013¹⁴². Ainda que se reconheça que internações dessa natureza, em regra, tenham curta duração¹⁴³, e que a lógica de excepcionalidade do tratamento hospitalar imponha a sua interrupção assim que a pessoa esteja em condições de ser encaminhada para os equipamentos extra-hospitalares, não se mostra razoável a fixação de um prazo máximo rígido. Isso porque podem existir situações que, excepcionalmente, demandem um período de internação mais prolongado.

¹³⁹ ASSOCIATION, American P. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5-TR**: Texto Revisado. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2023. E-book. p.547.

¹⁴⁰ MARQUES, A. C. P. R., RAMOS, S. de P., RAMOS, F. de P. & LEMOS, T. A avaliação inicial: identificação, triagem e intervenção mínima para o uso de substâncias. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel C.; LARANJEIRA, Ronaldo (org.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018. E-book, p. 49.

¹⁴¹ Art. 4º São atividades privativas do médico: [...] X - determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico.

¹⁴² Art. 4º São atividades privativas do médico: [...] XI - indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde.

¹⁴³ Nesse sentido, como destacam Alessandra Diehl, Aline Coraça, Priscila Jacheta Lauri, Juliana C. Santos Ribeiro, Daniele R. Colosso Craveiro, Lincoln Eduardo Cardoso e Marcelo Ortiz de Souza, ao analisarem a experiência do Instituto Bairral de Psiquiatria, em Itapira, interior de São Paulo, a duração média da programação terapêutica é de aproximadamente 75 dias, variando conforme a necessidade de cada caso. (DIEHL, Alessandra; CORAÇA, Aline; LAURI, Priscila Jacheta; RIBEIRO, Juliana C. Santos; CRAVEIRO, Daniele R. Colosso; CARDOSO, Lincoln Eduardo; SOUZA, Marcelo Ortiz de. Internação em hospital psiquiátrico e clínica de recuperação. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel C.; LARANJEIRA, Ronaldo (org.). **Dependência química...**, p. 637).

Merece destaque, ainda, a incongruência do inciso, que, de um lado, fixa um prazo máximo obrigatório para a internação hospitalar e, de outro, atribui ao médico a responsabilidade para determinar o seu término.

Já o § 7º da Lei nº 13.840/2019 determina que todas as modalidades de internação e respectivas altas, sejam elas voluntárias ou involuntárias, devem ser comunicadas tanto ao Ministério Público quanto à Defensoria Pública. Percebe-se, assim, que o dispositivo é mais abrangente do que o art. 8º, § 1º, da Lei da Reforma Psiquiátrica, que restringe essa obrigação apenas às internações involuntárias e prevê comunicação exclusiva ao Ministério Público.

Nesse contexto, a Lei de Drogas procura adicionar novas camadas de proteção às pessoas submetidas a tratamento hospitalar em razão de transtornos por uso de substâncias. Essa intenção, contudo, revela-se excessiva quando aplicada às internações voluntárias, em que o indivíduo reúne as condições necessárias para o consentimento. Conforme a linha de raciocínio desenvolvida no item 1.5 do capítulo 1, é necessário avaliar o perfil do sujeito a quem a suposta proteção se dirige, a fim de verificar se não se estaria diante de um ato protetivo desproporcional que resvala no paternalismo.

Por sua vez, o § 9º do art. 23-A da Lei nº 13.840/2019 veda a realização de internações em comunidades terapêuticas acolhedoras. Nessa modalidade de instituição, o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares, conforme dispõe o parágrafo único do art. 1º da Resolução RDC nº 29/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)¹⁴⁴. Esses estabelecimentos não desenvolvem práticas terapêuticas que demandem a atuação de profissionais de saúde, nos termos do art. 8º¹⁴⁵ e do parágrafo único do art. 16¹⁴⁶ da referida resolução, razão pela qual se classificam como serviços de interesse para a saúde, e não como serviços de saúde.

Esse entendimento foi exposto pela própria Anvisa em sua Nota Técnica nº 3/2024, parcialmente transcrita a seguir:

¹⁴⁴ Art. 1º Ficam aprovados 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 (SPA), em regime de residência. Parágrafo único. O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta Resolução.

¹⁴⁵ Art. 8º As instituições devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de SPA, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde.

¹⁴⁶ Art. 16. A admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, cujos dados deverão constar na ficha do residente. Parágrafo único. Fica vedada a admissão de pessoas cuja situação requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição.

[...] as instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência, e que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares (instituições estas reguladas pela RDC Anvisa nº 29/2011), acabaram ficando conhecidas popularmente como Comunidades Terapêuticas. Em regra, quando utilizamos o termo “Comunidades Terapêuticas” estamos nos referindo às Comunidades Terapêuticas simples (em outras palavras, Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, conforme alteração promovida na Lei 11.343/2006 pela Lei 13.840/2019), isto é, aquelas instituições que não realizam terapêuticas que dependam de profissionais de saúde e, portanto, se classificam como um serviço de interesse para a saúde e não um serviço de saúde.¹⁴⁷

As comunidades terapêuticas de caráter acolhedor constituem serviços de natureza social e de interesse para a saúde, nos quais se exige a presença de responsável técnico com formação em nível superior, sem prévia definição da área específica. Elas se diferenciam das comunidades terapêuticas médicas ou clínicas especializadas em dependência química, que, por se destinarem ao tratamento clínico e psiquiátrico, devem obrigatoriamente contar com responsabilidade técnica médica, equipe multiprofissional e observar todas as normativas aplicáveis aos serviços de saúde¹⁴⁸. Esse ponto voltará a ser abordado no item 4.2 desta dissertação.

Relembre-se que o art. 4º, § 2º, da Lei nº 10.216/2001 determina que o tratamento em regime de internação deve ser estruturado de forma a garantir assistência integral à pessoa com transtornos mentais, abrangendo a atuação de profissionais de saúde, como médicos e psicólogos. Diante dessa exigência legal, e considerando as disposições da Resolução RDC nº 29/2011, é inadmissível que um tratamento psiquiátrico hospitalar seja realizado em comunidades terapêuticas acolhedoras.

Em seguida, o art. 23-A da Lei de Drogas se encerra em seu § 10º, estabelecendo que a execução do projeto terapêutico individual deverá observar, no que couber, as disposições da Lei nº 10.216/2001.

A expressão “no que couber” se mostra inadequada, pois, ainda que a Lei nº 13.840/2019 estabeleça regras específicas sobre a internação de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, essas disposições não afastam a incidência da Lei nº 10.216/2001. A Lei da Reforma Psiquiátrica configura o marco normativo especializado em saúde mental, voltado à tutela dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, ao passo que a Lei de Drogas tem como objeto principal a formulação de políticas

¹⁴⁷ BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Nota Técnica nº 3, de 9 de fevereiro de 2024**. Brasília, DF: ANVISA, 2024. p. 2/3.

¹⁴⁸ BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Nota Técnica nº 3, de 9 de fevereiro de 2024**. Brasília, DF: ANVISA, 2024. p. 3.

públicas sobre drogas, tratando da saúde das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas apenas de forma parcial e acessória. Registre-se que, conforme o princípio da especialidade, consagrado no art. 2º, § 2º, da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro, a norma especial prevalece sobre a geral.

Encerrada a análise das modalidades de tratamento previstas pela Lei de Drogas, serão examinados no próximo item o art. 4 e o art. 15 do Código Civil, que tratam sobre capacidade para o exercício de atos e do consentimento para a realização de tratamento médico.

2.1.3 Código Civil

Logo em seus primeiros dispositivos, o Código Civil (CC) trata da capacidade de direito (art. 1º¹⁴⁹) e a capacidade de fato (art. 3º e art. 4º¹⁵⁰). A capacidade de direito consiste na aptidão para adquirir direitos na vida civil, reconhecida a todos os indivíduos. A capacidade de fato, chamada também de capacidade de agir, refere-se à aptidão para exercer pessoalmente os atos da vida civil, considerando que, na prática, nem todos dispõem das mesmas condições para exercer direitos¹⁵¹.

O art. 4º do Código Civil elenca as hipóteses de incapacidade relativa para a prática de determinados atos ou para a forma de seu exercício, entre as quais se incluem os ébrios habituais e os viciados em tóxicos, conforme se extrai do dispositivo transcrito a seguir:

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:
[...]
II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico;

Ao analisar a hipótese de incapacidade relativa aqui considerada, Anderson Schreiber destaca que a mera existência de consumo de substâncias psicoativas, ainda que reiterado, não é suficiente para afastar a plena capacidade civil, exigindo-se que o vício afete de modo contínuo e relevante a capacidade do indivíduo de autogerir sua vida e seus interesses.¹⁵²

¹⁴⁹ Art. 1º Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil.

¹⁵⁰ Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos.

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer: I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos; II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico; III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; IV - os pródigos. Parágrafo único. A capacidade dos indígenas será regulada por legislação especial.

¹⁵¹ LARA, Mariana Alves. **Capacidade Civil e Deficiência: entre autonomia e proteção**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2019. p. 36/45.

¹⁵² SCHREIBER, Anderson. Comentários ao Capítulo I – Da personalidade e da capacidade. In: SCHREIBER, Anderson; TARTUCE, Flávio; José Fernando Simão; et al. **Código Civil Comentado - Doutrina e Jurisprudência** - 6ª Edição 2025. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2024. p. 8.

Essa compreensão é compatível com o que foi exposto no item 1.3, tanto no que se refere aos critérios diagnósticos do transtorno por uso de substâncias quanto à necessidade de compreender a voluntariedade nesses quadros a partir de uma perspectiva dinâmica, e não dicotômica. Em outros termos, não é todo consumo de substância que configura um transtorno nem que implica, automaticamente, a relativização da capacidade de fato do indivíduo, mas apenas aqueles casos em que o uso assume contornos patológicos, evidenciados por padrões persistentes de baixo controle, deterioração social, uso arriscado e critérios farmacológicos, capazes de gerar prejuízos significativos à pessoa.

Nos casos em que o uso de substâncias psicoativas comprometer a capacidade de fato da pessoa, poderá ser ajuizada ação de curatela para a declaração de sua incapacidade relativa. Essa questão será examinada de forma mais detida no item seguinte, quando da análise do art. 11 do Estatuto da Pessoa com Deficiência.

No âmbito das intervenções em saúde, o art. 15 do Código Civil dispõe que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”.

A redação do dispositivo é confusa, visto que, em leitura inversa, poderia levar à equivocada conclusão de que seria legítimo constranger alguém a se submeter a tratamentos médicos quando não houvesse risco à vida, conforme adverte Anderson Schreiber em seus comentários sobre o artigo.¹⁵³

João Baptista Villela sustenta que o dispositivo em questão dá continuidade à cultura médica então vigente, como sintetizada pelo Código de Ética Médica (CEM) aplicável à época da edição do Código Civil de 2002, encontrando-se em consonância com o art. 56 da Resolução CFM nº 1.246/1988, o qual estabelece ser vedado ao médico “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida”. Relacionando o art. 15 do Código Civil com o trecho final da norma ética, Villela observa que o dispositivo transforma a vida em matéria de dever, situada acima de qualquer escolha individual, esfera na qual nem o Estado nem os profissionais da saúde deveriam intervir, por se tratar de um espaço íntimo da decisão existencial¹⁵⁴.

De fato, quando a pessoa e as circunstâncias permitem a obtenção do consentimento para a realização de procedimentos médicos, conforme exposto no capítulo 1, item 1.3, a

¹⁵³ SCHREIBER, Anderson. Comentários ao Capítulo I – Da personalidade e da capacidade. In: SCHREIBER, Anderson; TARTUCE, Flávio; SIMÃO, José Fernando; et al. Código Civil comentado..., p.21.

¹⁵⁴ VILLELA, João Baptista. O novo Código Civil brasileiro e o direito à recusa de tratamento médico. In: FARIA, Juliana Cordeiro de; MARX NETO, Edgard Audomar; GOMES, Elena de Carvalho; FROES, Júlia Vieira (Orgs.). **João Baptista Villela: obra selecionada**. São Paulo: Editora Dialética, 2023. p. 264/265.

imposição de tratamento configura ingerência indevida na liberdade de decisão do indivíduo, representando transgressão injustificada à autonomia da vontade. Essa autonomia, entendida como princípio constitucional implícito, pode ser extraída de diversos dispositivos da Constituição Federal que asseguram a inviolabilidade da dignidade humana, da vida e da liberdade, reconhecendo o indivíduo como sujeito ativo na condução de sua própria existência, no exercício de suas convicções, no livre desenvolvimento de sua atividade profissional e na construção de suas relações pessoais e sociais^{155 156}. Convém recordar, entretanto, a situação excepcional dos procedimentos compulsórios adotados em nome da saúde pública, nos quais o consentimento é dispensado, conforme tratado no item 1.4 do capítulo 1.

Seguindo a linha de raciocínio desenvolvida neste item, destaca-se que, em 25/09/2024, o Supremo Tribunal Federal, ao julgar o Recurso Extraordinário nº 1212272, enfrentou a questão da recusa de tratamento médico, por fundamento religioso, envolvendo integrantes da comunidade cristã Testemunhas de Jeová. Na oportunidade, a Corte firmou entendimento no sentido de que é legítimo ao paciente, desde que plenamente capaz, recusar-se a se submeter a tratamento de saúde por razões de ordem religiosa.

No que se refere à internação psiquiátrica compulsória, este trabalho adota o entendimento de que a medida somente se justifica quando o quadro mental apresentado pela pessoa que será internada seja de tamanha gravidade que comprometa a sua capacidade de consentir com tratamentos médicos. Esse aspecto será retomado no item deste capítulo dedicado ao Estatuto da Pessoa com Deficiência, bem como nos pontos relativos à Resolução CFM nº 2.057/2013 e à Resolução CFM nº 2.232/2019.

Partindo dessas observações, cumpre examinar, na sequência, o Estatuto da Pessoa com Deficiência, aplicável às pessoas com transtorno mental quando preenchidos os pressupostos previstos em seu art. 2º, conforme será analisado no item seguinte.

2.1.4 Estatuto da Pessoa com Deficiência

A Lei nº 13.146/2015, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência (EPD) ou Lei Brasileira de Inclusão (LBI), estabelece o conceito de pessoa com deficiência (PCD) em seu art. 2º da seguinte forma:

¹⁵⁵ BARRETO NETO, Heráclito Mota. O princípio constitucional da autonomia individual. **Boletim Científico ESMPU**, Brasília, ano 13, n. 42-43, jan./dez. 2014. p. 350/362.

¹⁵⁶ Nesse sentido, merecem destaque o art. 1º, inciso III, e o caput do art. 5º, além de seus incisos II, III, VI, VIII, IX, X, XIII e XVII.

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Da leitura do dispositivo é possível perceber que será considerada pessoa com deficiência quem, em razão de impedimento físico, mental, intelectual ou sensorial de longa duração, enfrenta barreiras que prejudicam sua participação plena na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas.

O conceito de pessoa com deficiência delineado no art. 2º do EPD adota o modelo social da deficiência¹⁵⁷, ao reconhecer que as limitações ao exercício de direitos e à participação plena e efetiva da pessoa com deficiência decorrem, sobretudo, da existência de barreiras impostas pelo meio social. A deficiência é compreendida como expressão da diversidade humana, o que impõe à sociedade o dever de implementar medidas sociais e jurídicas voltadas à promoção da inclusão, da não discriminação e da igualdade de oportunidades, assegurando que a diferença seja incorporada aos processos de construção e organização social.

Nessa perspectiva, o transtorno mental de longo prazo que imponha obstáculos significativos à vida social do indivíduo autoriza o seu reconhecimento como PCD. Contudo, esse enquadramento apresenta dificuldades práticas, seja pela falta de critérios objetivos para definir o que se entende por “longo prazo” nos impedimentos de natureza mental, seja pela indeterminação da expressão “plena e efetiva” para a participação social.

Como é possível perceber da redação do art. 2º do Estatuto da Pessoa com Deficiência, nem toda pessoa com diagnóstico psiquiátrico encontrará barreiras à plena participação social, razão pela qual deficiência e transtorno mental são conceitos que não se confundem. Registre-

¹⁵⁷ Francisco Bariffi sintetiza os três principais modelos de tratamento dado às pessoas com deficiência ao longo da história da seguinte forma: “O primeiro é o modelo da prescindência, no qual a deficiência é vista de forma estritamente negativa, sendo considerada um castigo ou maldição divina. Esse modelo leva a respostas sociais e jurídicas voltadas para a eliminação da deficiência ou, na melhor das hipóteses, para o seu ocultamento ou isolamento da sociedade. O segundo é o modelo reabilitador ou médico, no qual a deficiência não é vista como algo intrinsecamente negativo, mas sim como uma condição de anormalidade médica. Nesse contexto, as respostas sociais e legais são focadas na reabilitação ou normalização da pessoa para que ela possa se integrar à sociedade. Por fim, o terceiro é o modelo social, no qual a deficiência é percebida como uma característica da diversidade humana, com o mesmo valor e dignidade que as demais. Esse modelo direciona as respostas sociais e jurídicas para a promoção da não discriminação e da igualdade de oportunidades, garantindo que a diferença seja incorporada no processo de construção e organização da sociedade.” (BARIFFI, Francisco José. **El régimen jurídico internacional de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y sus relaciones con la regulación actual de los ordenamientos jurídicos internos**. 2014. 646 f. Tese (Doutorado em Direito Internacional Público) – Universidad Carlos III de Madrid, Getafe, 2014. p. 24. tradução da autora).

se também que, mesmo com tratamento, podem subsistir limitações capazes de comprometer o desempenho da pessoa com transtorno mental nas esferas pessoal, profissional e social¹⁵⁸.

A respeito das pessoas com transtorno mental que apresentam indicação médica de internação psiquiátrica, medida terapêutica de caráter hospitalar destinada a quadros de maior gravidade e que não podem ser adequadamente manejados pelos equipamentos extra-hospitalares, é razoável compreendê-las como incluídas no conceito de pessoa com deficiência estabelecido pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência. Nessas situações, a severidade do quadro clínico configura impedimento de longo prazo que acarreta restrições significativas à participação social da pessoa internada, atraindo a aplicação das garantias e proteções previstas na legislação.

Dando continuidade à análise da Lei nº 13.146/2015, observa-se que os artigos 11 e 13 tratam do consentimento da pessoa com deficiência em relação a intervenções terapêuticas¹⁵⁹. Esses dispositivos serão examinados adiante, cabendo, neste momento, ressaltar que seu objetivo central consiste em assegurar o respeito à dignidade e à autonomia da pessoa com deficiência, reafirmando a exigência de consentimento para a realização de procedimentos médicos, ressalvadas apenas as hipóteses excepcionais de risco à vida ou de emergência em saúde.

Mesmo que esses direitos já encontrem fundamento direto na Constituição Federal, especialmente em seu art. 5º, o fato de o EPD dedicar dispositivos específicos ao direito à vida e ao consentimento evidencia a preocupação do legislador em coibir situações em que pessoas com deficiência possam ser constrangidas a se submeter a tratamentos contra a sua vontade, em razão de sua suscetibilidade ou vulneração.

O art. 11 da Lei nº 13.146/2015 dispõe que a pessoa com deficiência não pode ser obrigada a se submeter a intervenções clínicas, cirúrgicas, tratamentos ou institucionalização. O parágrafo único do dispositivo prevê que, no caso de pessoa curatelada, o consentimento pode ser substituído, na forma da lei. Confira-se:

¹⁵⁸ CANDIDO, Mariluci Camargo Ferreira da Silva; VENTURA, Carla Aparecida Arena; FUREGATO. Saúde mental e direitos humanos: instrumentos internacionais para garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais e/ou deficiência. **Direito, Estado e Sociedade**, n. 56, jan./jun. 2020. p. 200.

¹⁵⁹ Art. 11. A pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada. Parágrafo único. O consentimento da pessoa com deficiência em situação de curatela poderá ser suprido, na forma da lei.

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

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

No que concerne ao parágrafo único do artigo em exame, verifica-se que ele admite a possibilidade de suprimento do consentimento da pessoa com deficiência em situação de curatela, em contradição com o disposto no art. 85, caput e § 1º, do próprio Estatuto da Pessoa com Deficiência¹⁶⁰, que restringe a curatela a atos de natureza patrimonial e negocial, excluindo expressamente decisões existenciais, como as relativas à saúde. Registre-se que a crítica aqui formulada se volta à incoerência interna da lei, uma vez que se reconhece que, na prática, pessoas submetidas à curatela podem sim demandar representação em aspectos que ultrapassam a esfera patrimonial e alcançam também dimensões existenciais¹⁶¹.

E mais, a redação do parágrafo único do art. 11 pode induzir à equivocada compreensão de que a necessidade de suprimento do consentimento em intervenções de saúde estaria restrita às pessoas em situação de curatela, o que, mais uma vez, não corresponde à realidade fática. A substituição da vontade pode ocorrer em relação a qualquer pessoa que, no momento da obtenção do consentimento, não disponha das condições necessárias para manifestá-lo ou quando as circunstâncias do caso concreto inviabilizem sua colheita, independentemente de estar ou não submetida à curatela e de se tratar, ou não, de pessoa com deficiência.

Na verdade, seria mais apropriado que o dispositivo excluísse a expressão “em situação de curatela”, vez que, com ou sem curatela, a pessoa com deficiência pode necessitar de representação em decisões relacionadas à saúde. Para além disso, em vez da genérica formulação “na forma da lei”, indicasse de maneira clara as situações que dispensariam a obtenção do consentimento, especialmente por se tratar de uma medida restritiva de direitos.

¹⁶⁰ Art. 85. A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial.
 § 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

¹⁶¹ Seguindo a linha de raciocínio de que, em determinadas situações, a condição fática do curatelado exige que a curatela ultrapasse o âmbito exclusivamente patrimonial, destaca-se o Enunciado nº 637 da VIII Jornada de Direito Civil, promovida pelo Conselho da Justiça Federal: “admite-se a possibilidade de outorga ao curador de poderes de representação para alguns atos da vida civil, inclusive de natureza existencial, a serem especificados na sentença, desde que comprovadamente necessários para proteção do curatelado em sua dignidade”. No mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça já decidiu que “a interpretação conferida aos arts. 84 e 85 da Lei nº 13.146/2015 objetiva impedir distorções que a própria Lei buscou evitar, mostrando-se adequada a extensão da curatela não apenas aos atos negociais e patrimoniais, mas também a outros atos da vida civil, excepcionalmente e de forma fundamentada, com o propósito de proteger o curatelado diante das especificidades do caso concreto” (BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3ª Turma). Recurso Especial n. 2.013.021/MG. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Relator para o acórdão: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Julgado em 21 nov. 2023. **Diário da Justiça Eletrônico**, Brasília, DF, 11 dez. 2023.).

Ainda a respeito da relação entre curatela e obtenção de consentimento para tratamentos médicos, importa destacar que a redação do art. 11 do EPD revela uma possível confusão entre a capacidade de direito e a capacidade de fato para a realização de determinados atos, dentre eles o consentimento com intervenções de saúde. Explica-se.

Como já mencionado no item anterior, o art. 4º do Código Civil elenca as hipóteses de incapacidade relativa, quanto a determinados atos ou à forma de exercê-los, da seguinte forma: os maiores de 16 e menores de 18 anos (inciso I); os ébrios habituais e viciados em drogas (inciso II); aqueles que, em razão de condição transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade (inciso III); e os pródigos (inciso IV)¹⁶².

Nas situações de incapacidade relativa previstas nos incisos II, III e IV do art. 4º do Código Civil, a curatela pode ser instaurada mediante ação própria¹⁶³. A ação de nomeação de curador é o procedimento judicial destinado a declarar a incapacidade de uma pessoa para a prática de determinados atos da vida civil, constituindo-a em situação jurídica de sujeição à curatela¹⁶⁴. Nos termos do art. 755, inciso I, do Código de Processo Civil, a sentença a ser proferida nesse tipo de ação deve nomear curador e delimitar os atos sujeitos à curatela, de acordo com as circunstâncias específicas do curatelado.

Sobre o consentimento para tratamento médico, o fato de uma pessoa ser formalmente capaz para os atos da vida civil não implica, por si só, plena aptidão para consentir com a terapêutica proposta. Pode se tratar de indivíduo cuja incapacidade ainda não tenha sido reconhecida em juízo ou, ainda, de alguém que, em razão de circunstância episódica, apresente redução momentânea de discernimento para decidir sobre o tratamento.

De forma inversa, o reconhecimento da incapacidade relativa em ação de curatela não conduz, automaticamente, à conclusão de que a pessoa deva ser representada em suas escolhas de saúde. Há situações em que a limitação constatada no caso concreto não compromete sua competência para manifestar consentimento acerca de tratamentos médicos e, por isso, as decisões sobre a saúde são mantidas fora dos limites da curatela.

¹⁶² Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:

I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico;

III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade;

IV - os pródigos.

Parágrafo único. A capacidade dos indígenas será regulada por legislação especial.

¹⁶³ No caso de menores de dezoito anos, a depender da situação, a pessoa poderá estar sujeita à guarda ou à tutela.

¹⁶⁴ Quanto ao provimento final proferido na ação de curatela, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça “é no sentido de ter a sentença de interdição natureza constitutiva, pois não se limita a declarar uma incapacidade preexistente, mas também a constituir uma nova situação jurídica de sujeição do interdito à curatela, com efeitos ex nunc”. (BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4ª Turma). AgInt nos EDcl no REsp n. 1.834.877/SP. Relator: Ministro Raul Araújo. Julgado em 21 mar. 2022. **Diário da Justiça Eletrônico, Brasília**, DF, 25 abr. 2022.).

Em relação ao entendimento de que, nos serviços de saúde, a autodeterminação do paciente não se confunde com a capacidade jurídica, Éfren Paulo Porfírio de Sá Lima e Lucas Emmanuel Fortes dos Santos sintetizam que:

[...] em serviços de saúde, a autodeterminação pode ser um predicativo, tanto dos mais, quanto dos menos incapacitados, porque a capacidade civil, sozinha, não tem o condão de justificar a autonomia de um indivíduo, tornando-se então inaplicáveis as regras comuns do direito civil relativas à heterorrepresentação. Como resultado, cabe ao médico, casuisticamente, avaliar o nível de discernimento e eventuais objeções levantadas pelo paciente.¹⁶⁵

Em qualquer hipótese, compete ao médico proceder à avaliação individualizada do caso, verificando, inicialmente, a existência de manifestação judicial que declare a incapacidade do indivíduo para deliberar sobre a própria saúde e, na ausência de decisão nesse sentido, aferindo concretamente o grau de discernimento e a efetiva capacidade do sujeito para expressar consentimento. E mais, ainda que a pessoa não esteja em condições de consentir, é indispensável garantir a sua participação no processo de informação e decisão, na medida de suas possibilidades. Esse ponto será retomado no item dedicado à Recomendação CFM nº 01/2016.

Segundo Christina Fornazari, Edson Shiguemi Hirata e Maitê Cruvinel Oliveira, não existe um padrão universalmente aceito para avaliar a competência da pessoa em decidir sobre o tratamento psiquiátrico.¹⁶⁶ Destacam, porém, que é fundamental verificar se o indivíduo é capaz de compreender seus sintomas, reconhecer a própria condição e avaliar as consequências de aceitar ou recusar o tratamento.¹⁶⁷ Acrescentam, ainda, que a análise deve considerar com especial atenção as funções cognitivas, como atenção, memória, pensamento, inteligência e juízo, além de outros fatores que possam interferir na capacidade decisória, entre eles o humor e a sensopercepção^{168 169}.

¹⁶⁵ LIMA, Éfren Paulo Porfírio de Sá; SANTOS, Lucas Emmanuel Fortes dos. O consentimento informado nas intervenções médicas envolvendo pacientes com comprometimento neurocognitivo e psiquiátrico sob a ótica da Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência. *Revista Jurídica Cesumar - Mestrado*, [S. l.], v. 23, n. 1, 2023. p. 31.

¹⁶⁶ FORNAZARI, Christina; HIRATA, Edson Shiguemi; OLIVEIRA, Maitê Cruvinel. Internações psiquiátricas involuntárias. In: BARROS, Daniel M.; CASTELLANA, Gustavo B. (org.). *Psiquiatria forense*...p. 118.

¹⁶⁷ FORNAZARI, Christina; HIRATA, Edson Shiguemi; OLIVEIRA, Maitê Cruvinel. Internações psiquiátricas involuntárias. In: BARROS, Daniel M.; CASTELLANA, Gustavo B. (org.). *Psiquiatria forense*...p. 118.

¹⁶⁸ FORNAZARI, Christina; HIRATA, Edson Shiguemi; OLIVEIRA, Maitê Cruvinel. *Internações*..., p. 119.

¹⁶⁹ Christina Fornazari, Edson Shiguemi Hirata e Maitê Cruvinel Oliveira elencam alguns exemplos de questionamentos que podem auxiliar na avaliação da competência da pessoa para consentir com o tratamento: “1. Diga com as próprias palavras o que eu falei sobre o problema atual com a sua saúde, o tratamento recomendado, seus possíveis benefícios e riscos, os tratamentos alternativos e seus benefícios e riscos, os riscos e benefícios de não se tratar. 2. O que você acredita que seja o problema com sua saúde? Você acredita que precisa de algum tipo de tratamento? O que é provável que o tratamento proporcione a você? O que leva você a crer que o tratamento venha a ter esse efeito? O que você acredita que possa acontecer se não fizer o tratamento? Por que você acha que

Estabelecidas todas essas premissas, é possível concluir que o afastamento da exigência de obtenção de consentimento para tratamentos médicos não exige a existência de curatela instituída. Seguindo essa linha de raciocínio, para o ajuizamento da ação de internação compulsória, não é necessário que a pessoa com transtorno mental envolvida seja curatelada, muito menos que o pedido de internação seja cumulado com o requerimento de declaração de incapacidade¹⁷⁰. A esse respeito, este trabalho adota o entendimento que a cumulação se mostra juridicamente incabível, uma vez que capacidade jurídica e capacidade de consentimento são institutos distintos, além de se tratar de pedidos de competência diversa: nomeação de curador perante a Vara de Família e internação em Vara Cível comum, ou em Vara Fazendária de acordo com o polo passivo, o que inviabiliza a reunião dos requerimentos em uma única ação, nos termos do art. 327, II, do CPC.

Por sua vez, o art. 13 do Estatuto da Pessoa com Deficiência prevê que “a pessoa com deficiência somente será atendida sem seu consentimento prévio, livre e esclarecido em casos de risco de morte e de emergência em saúde, resguardado seu superior interesse e adotadas as salvaguardas legais cabíveis”.

De certa forma, a previsão do art. 13 complementa a redação do art. 11, indicando situações que excepcionam a regra da obtenção de consentimento para intervenções clínicas, cirúrgicas, tratamentos ou institucionalização. Todavia, assim como aconteceu naquele dispositivo, a redação revela certa imprecisão ao mencionar a necessidade de resguardar o “superior interesse”¹⁷¹ da pessoa com deficiência e de adoção das “salvaguardas legais cabíveis”, sem definir de forma clara os seus contornos.

Encerrada a análise dos textos legais que se aplicam ao tema deste estudo, merece destaque a inexistência de regras processuais específicas para a ação de internação compulsória, uma notável lacuna legislativa. A ausência de disciplina própria no Código de Processo Civil configura uma fragilidade normativa que gera incerteza e insegurança jurídica, dificultando a

recomendei esse tratamento? 3. Como você decidiu aceitar ou rejeitar o tratamento proposto? O que faz a opção escolhida ser melhor do que a opção rejeitada?” (FORNAZARI, Christina; HIRATA, Edson Shiguemi; OLIVEIRA, Maitê Cruvinel. Internações psiquiátricas involuntárias. In: BARROS, Daniel M.; CASTELLANA, Gustavo B. (org.). **Psiquiatria forense**... p. 119).

¹⁷⁰ A jurisprudência do Tribunal de Justiça de Minas Gerais não é uniforme acerca da possibilidade de cumulação dos pedidos de nomeação de curador e internação. Existem julgados que a admitem, como nos agravos de instrumento nº 1.0024.14.048544-2/001, nº 1.0672.13.018856-4/001 e nº 1.0647.14.003288-7/001, e outros que a rejeitam, como na apelação nº 1.0000.18.072652-3/001 e nos agravos de instrumento nº 1.0024.14.121604-4/001 e nº 1.0024.13.183726-2/001.

¹⁷¹ Em relação à expressão “superior interesse”, não é claro se o legislador a utiliza com o intuito de aludir ao melhor interesse da pessoa com deficiência, compreendido como a adoção da decisão que, à luz de critérios objetivos, se mostre mais benéfica à sua proteção, bem-estar e desenvolvimento, ou se, ao contrário, buscava fazer referência aos interesses e preferências manifestados pela própria pessoa submetida ao procedimento médico.

uniformização de critérios para o processamento das ações de internação compulsória, como voltará a ser abordado nos itens 3.2 e 4.5 desta dissertação.

Feita essa última observação, prossegue-se para o exame das normativas infralegais, iniciando-se por aquelas editadas pelo Ministério da Saúde.

2.2 Normas infralegais

Antes de iniciar o exame das normas infralegais aplicáveis ao objeto deste estudo, cabe esclarecer que diversos aspectos nelas previstos já se encontram disciplinados na legislação vigente e, por essa razão, já foram abordados anteriormente. Assim, neste item serão analisadas apenas os aspectos das normas infralegais que introduzem elementos novos ou complementares ao marco legal já examinado.

2.2.1 Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017

Em 2016, o Ministério da Saúde deu início ao processo de consolidação normativa, promovendo o levantamento de todas as portarias editadas pelo Gabinete do Ministro (GM). Esse esforço resultou na edição das seis primeiras Portarias de Consolidação, responsáveis por reorganizar e sistematizar a legislação ministerial em blocos de normas diretivas, estruturantes e operacionais¹⁷². Entre elas, destaca-se a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, que reúne as disposições relativas às redes do Sistema Único de Saúde (SUS) e apresenta, em seus anexos, aspectos orientativos e operacionais dessas redes.

O Anexo V, em especial, estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS é composta por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção do Sistema Único de Saúde, destinado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais e daquelas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, mediante a implementação de ações intersetoriais voltadas à garantia da integralidade do cuidado.¹⁷³ Trata-se de “um complexo emaranhado de serviços que devem atuar de forma sincronizada e com cumplicidade para atender o usuário dentro das necessidades apresentadas em diferentes momentos”¹⁷⁴.

¹⁷² MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Como foi o histórico das seis primeiras portarias de consolidação do Ministério da Saúde?** Brasília, Ministério da Saúde, 11 jul. 2023 (atualizada em 13 jul. 2023).

¹⁷³ MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**.

¹⁷⁴ MELO, Marcelo; CORDEIRO, Daniel Cruz. Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD). In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel C.; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **Dependência química...** p. 584.

Os dezessete primeiros artigos do Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 reproduzem, na prática, o conteúdo da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, já incorporando as alterações posteriores introduzidas pelas Portarias GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023, e nº 5.687, de 7 de novembro de 2024.

O art. 5º do Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 enumera os componentes da Rede de Atenção Psicossocial da seguinte forma:

- Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:
- I - Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) Unidade Básica de Saúde:
1. Equipes de Atenção Básica;
 2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas:
 3. 1. Equipe de Consultório na Rua;
 4. 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório.
 5. Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.
- b) Centros de Convivência e Cultura;
- II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
- III - Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) SAMU 192;
 - b) Sala de Estabilização;
 - c) UPA 24 horas;
 - d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral;
 - e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros.
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) Unidade de Acolhimento;
 - b) Serviços de Atenção em Regime Residencial.
- V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) Leitos de psiquiatria em hospital geral;
 - b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral).
- VI - Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:
- a) Serviços Residenciais Terapêuticos.
- VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial:
- a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Na sequência, os artigos 7º e 10º definem as características da atenção psicossocial e da atenção hospitalar no âmbito da RAPS, as quais serão organizadas em tabela para facilitar a consulta e compreensão. Anote-se que, embora a Rede de Atenção Psicossocial seja composta por diversos equipamentos, nos termos do art. 5º da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, este estudo se limitará à análise dos Centros de Atenção Psicossocial, dos leitos de psiquiatria em Hospital Geral e do Serviço Hospitalar de Referência, por serem os mais relevantes ao objeto da pesquisa. Os dispositivos mencionados seguem transcritos na tabela abaixo:

Tabela 2 – Atenção psicossocial e atenção hospitalar conforme a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017

TIPO DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	ARTIGO	DESCRIÇÃO
Atenção Psicossocial	CAPS I	Art. 7º, § 4º, inciso I	Serviço que 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 e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes.
	CAPS II	Art. 7º, § 4º, inciso II	Serviço que 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 setenta mil habitantes.
	CAPS III	Art. 7º, § 4º, inciso III	Serviço que 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 vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.
	CAPS AD	Art. 7º, § 4º, inciso IV	Serviço que atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.
	CAPS AD III	Art. 7º, § 4º, inciso V	Serviço que atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica

			e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.
	CAPS i	Art. 7º, § 4º, inciso VI	Serviço que 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 setenta mil habitantes.
Atenção Hospitalar	Leitos de Psiquiatria em Hospital Geral	Art. 10º, inciso I	Serviço que oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas.
	Serviço Hospitalar de Referência	Art. 10º, inciso II	Trata-se de Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no Hospital Geral: oferece retaguarda clínica por meio de internações de curta duração, com equipe multiprofissional e sempre acolhendo os pacientes em articulação com os CAPS e outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular.

Fonte: Adaptada da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, 2025.

Apresentadas essas duas modalidades de serviço que compõem a RAPS, cabe relembrar que a internação psiquiátrica, objeto deste estudo, somente deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se revelarem insuficientes, nos termos do art. 4º da Lei nº 10.216/2001, razão pela qual se trata, por definição, de modalidade de tratamento hospitalar. Nessa perspectiva, as ações de internação psiquiátrica têm por finalidade a oferta de atenção hospitalar, viabilizada nos leitos de psiquiatria em hospitais gerais e nos serviços hospitalares de referência, conforme a atual redação do art. 10 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

Todavia, a análise das ações de internação psiquiátrica examinadas nesta pesquisa evidencia que, em muitas situações, a determinação de internação não se cumpre em ambiente hospitalar, mas, sim, no âmbito da atenção psicossocial, especialmente nos Centros de Atenção

Psicossocial Álcool e Drogas III¹⁷⁵, que são voltados para pessoas com transtornos psiquiátricos por uso de substância e funcionam ininterruptamente, inclusive em feriados e finais de semana, e oferecem acolhimento noturno¹⁷⁶.

Para avaliar a pertinência do acolhimento das pessoas envolvidas em ações de internação psiquiátrica em unidades de atenção psicossocial, é preciso considerar antes as exigências legais dos leitos de psiquiatria nos Serviços Hospitalares de Referência e dos CAPS AD III, especialmente quanto à forma de funcionamento e a composição multiprofissional da equipe de saúde. Aqui é importante esclarecer que a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 não prevê as especificidades dos leitos de psiquiatria em hospitais gerais, mas o faz em relação aos serviços hospitalares de referência, cujos parâmetros podem ser aplicados por analogia, já que ambos compõem a atenção hospitalar.

No que se refere aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III, a Portaria MS/GM nº 130/2012, posteriormente incorporada à Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, estabelece, em seu art. 31, que esses serviços devem ter caráter aberto¹⁷⁷ e funcionar de forma ininterrupta, durante as 24 horas do dia, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Veja-se:

Art. 31. O CAPS AD III observará as seguintes características de funcionamento:

I - constituir-se em serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados;

II - ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de gravidade (recaídas, abstinência);

III - ter disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, por 12 (doze) horas ininterruptas diurnas, como das 7 às 19 horas ou 8 às 20 horas ou 9 às 21 horas. Durante os finais de semana e feriados os casos avaliados que necessitem de acolhimento noturno deverão ser encaminhados para avaliação médica (Hospital Geral e/ou UPA e/ou Portas Hospitalares de Atenção à Urgência). Nos casos que a avaliação médica não indicar internação em Hospital Geral, o usuário deverá retornar para o CAPS que o acolheu no primeiro dia útil:

a) Sempre que houver necessidade de avaliação médica, e o CAPS não dispuser deste profissional no momento, o usuário deverá ser encaminhado para o serviço de urgência de referência.

¹⁷⁵ Das 10 decisões de deferimento de tutela de urgência, 5 foram efetivamente cumpridas em CAPS AD e CAPS AD III. Dentre essas, em duas ações o pedido inicial já se dirigia expressamente a essa modalidade de acolhimento, e não ao tratamento psiquiátrico hospitalar. Essa situação será analisada de forma mais detida no item 3.3.2.

¹⁷⁶ Em Belo Horizonte, utiliza-se a nomenclatura Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), equivalente aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ao longo deste trabalho, será utilizada a terminologia da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

¹⁷⁷ Os Centros de Atenção Psicossocial configuram-se como serviços de saúde abertos à comunidade, funcionando sob a lógica de “portas abertas”. Isso significa que podem ser procurados diretamente pelos usuários, sem a exigência de agendamento ou encaminhamento prévio. (BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial – CAPS**)

Da leitura da parte final do inciso III do art. 31, depreende-se que, nos finais de semana e feriados, os casos que demandarem acolhimento noturno devem ser encaminhados para avaliação médica em outros serviços. Nessa mesma direção, a alínea “a” do referido inciso estabelece que, na ausência de profissional médico no CAPS AD III, o usuário deverá ser direcionado ao serviço de urgência de referência.

É possível perceber, portanto, que os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III não dispõem de cobertura médica em tempo integral durante todo o seu funcionamento. Essa característica também pode ser extraída do art. 33 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, que define a equipe mínima a ser composta por essa modalidade de serviço, cujo teor se transcreve a seguir:

Art. 33. O CAPS AD III deverá contar com equipe mínima para atendimento de sua clientela na seguinte configuração:

I - 60 horas de profissionais médicos, entre psiquiatras e clínicos com formação e/ou experiência em saúde mental, sendo no mínimo um psiquiatra. Deverá ser garantida a presença mínima de um médico no período diurno de segunda à sexta-feira;

II - 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental, por turno;

III - 5 (cinco) profissionais de nível universitário por turno, pertencentes às seguintes categorias profissionais:

- a) psicólogo;
- b) assistente social;
- c) enfermeiro;
- d) terapeuta ocupacional;
- e) pedagogo; e
- f) educador físico.

IV - 4 (quatro) técnicos de enfermagem por turno;

V - 4 (quatro) profissionais de nível médio por turno, preferencialmente com experiência em ações de redução de danos dentre as seguintes categorias profissionais:

- a) artesão;
- b) agente social; e
- c) educador social.

VI - 1 (um) profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa, por turno.

§ 1º Além do mínimo previsto acima, o CAPS poderá contar com outras categorias profissionais, que potencializem o alcance das ações do serviço.

§ 2º Para os períodos de acolhimento noturno, das 19 às 7 horas a equipe mínima deverá ser composta pelos seguintes profissionais:

I - 1 (um) enfermeiro; e

II - 02 (dois) profissionais de nível médio, sendo que um deles deverá ser necessariamente técnico de enfermagem.

§ 3º No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma, em plantões de 12 (doze) horas:

I - 2 profissionais de nível universitário, sendo que um deles deverá ser necessariamente enfermeiro;

II - 2 (dois) profissionais de nível médio, sendo que um deles deverá ser necessariamente técnico de enfermagem; e

III - 1 (um) profissional da área de apoio.

O § 2º e o § 3º do art. 33 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 evidenciam que o CAPS AD III pode funcionar sem a presença de médico em parte de seu período de atividade, uma vez que não exigem esse profissional nos turnos de acolhimento noturno, nem aos sábados, domingos e feriados.

Por sua vez, o art. 32 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 fixa que a permanência do usuário nos serviços de acolhimento noturno dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III não pode exceder 14 (quatorze) dias em um intervalo de 30 (trinta) dias. Caso seja necessária a continuidade do amparo por período superior, o usuário deverá ser encaminhado a uma Unidade de Acolhimento^{178 179}.

A respeito do Serviço Hospitalar de Referência, a Portaria MS/GM nº 148/2012, posteriormente incorporada à Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, prevê em seu art. 52, incisos V e VI, que o acesso aos leitos deve ser regulado pela Rede de Saúde local e que o serviço deve funcionar em regime integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos sete dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, assegurando a continuidade ininterrupta entre os turnos. Confira-se:

Art. 52. O Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas é um ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e observará as seguintes diretrizes:

[...]

V - competência da Rede de Saúde local para regulação do acesso aos leitos; e

VI - funcionamento em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

Em seguida, a composição obrigatória da equipe multiprofissional do Serviço Hospitalar de Referência está disciplinada no art. 57 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, transcrito abaixo:

¹⁷⁸ Art. 32. A atenção integral ao usuário no CAPS AD III inclui as seguintes atividades:

[...]

§ 1º A permanência de um mesmo usuário no acolhimento noturno do CAPS AD III fica limitada a 14 (catorze) dias, no período de 30 (trinta) dias.

§ 2º Caso seja necessária permanência no acolhimento noturno por período superior a 14 (catorze) dias, o usuário será encaminhado a uma Unidade de Acolhimento.

¹⁷⁹ Como tratado na tabela referente à Rede de Atenção Psicossocial, as Unidades de Acolhimento estão previstas no art. 9º, inciso I e § 2º, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, tratando-se de serviço em ambiente residencial, com funcionamento de vinte e quatro horas, que oferece cuidados contínuos de saúde para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses.

Art. 57. A definição da equipe técnica multiprofissional responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará a graduação do número de leitos implantados, na seguinte proporção:

- I - para o cuidado de até 4 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:
- a) 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem por turno;
 - b) 1 (um) profissional de saúde mental de nível superior; e
 - c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos;
- II - para o cuidado de 5 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:
- a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
 - b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e
 - c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos;
- III - para o cuidado de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:
- a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
 - b) 1 (um) enfermeiro por turno;
 - c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e
 - d) 1 (um) médico, preferencialmente psiquiatra, responsável pelos leitos.
- IV - para o cuidado de 21 a 25 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:
- a) 6 (seis) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
 - b) 1 (um) enfermeiro por turno;
 - c) 3 (três) profissionais de saúde mental de nível superior;
 - d) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos; e
 - e) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos.

Conforme tratado no inciso VI art. 52 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, o Serviço Hospitalar de Referência deve assegurar a continuidade ininterrupta do atendimento entre os turnos, sendo que a composição de sua equipe deve observar as profissões e a proporção de profissionais previstas no art. 57, de acordo com o número de leitos disponíveis. A leitura do referido artigo evidencia que, independentemente da quantidade de leitos, é obrigatória a presença contínua de ao menos 1 (um) médico clínico responsável. Já no caso de serviços que contemplem entre 21 (vinte e um) e 25 (vinte e cinco) leitos, exige-se, além do clínico geral, a presença de médico psiquiatra.

Quanto à duração do tratamento hospitalar, o inciso I do art. 53 dispõe que o projeto técnico deve ter como referência internações de curta duração, sem fixar prazo máximo, limitando-se a indicar que devem perdurar até a estabilização do usuário, respeitadas as especificidades de cada caso, conforme se depreende do dispositivo reproduzido a seguir:

Art. 53. O Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas construirá seu projeto técnico considerando as seguintes referências:
I - internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso; [...].

Apontadas as principais diferenças funcionais e estruturais entre os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III e os Serviços Hospitalares de Referência, apresenta-se, a seguir, tabela comparativa destinada a facilitar a compreensão dos pontos tratados:

Tabela 3 – Principais diferenças entre o CAPS AD III e o Serviço Hospitalar de Referência (SHR)

	CAPS AD III	Serviço Hospitalar de Referência
Forma de Acolhimento	Serviço Aberto	Regulado pela Rede de Saúde
Regime de funcionamento	Funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo fins de semana e feriados.	Funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo fins de semana e feriados.
Regra de permanência do usuário	A modalidade de acolhimento noturno é limitada a até 14 dias dentro de um intervalo de 30 dias.	Internações de curta duração, sem prazo máximo definido, até a estabilização do paciente.
Presença médica	Parcial	Integral
Profissionais com presença contínua	Enfermeiros e técnicos de enfermagem permanecem integralmente.	Toda a equipe mínima proporcional aos leitos deve estar presente 24h.

Fonte: Adaptada da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, 2025.

Diante das diferenciações estabelecidas pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 entre os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III e os Serviços Hospitalares de Referência, conclui-se que as internações psiquiátricas, por definição, não podem acontecer nos CAPS AD III, vez que essas unidades não atendem aos requisitos legais próprios da atenção hospitalar.¹⁸⁰ É importante registrar, ainda, que essa constatação decorre exclusivamente da distinção normativa entre os serviços, não implicando qualquer juízo de valor acerca da adequação clínica do acolhimento prestado pelos CAPS AD III às pessoas envolvidas nas ações de internação psiquiátrica, questão alheia ao objeto deste estudo e mais afeita a pesquisadores do campo da saúde.

Outro ponto da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 que merece destaque neste trabalho é o Título IV do Anexo V, que disciplina o controle das internações psiquiátricas involuntárias, cujas previsões têm origem na Portaria MS/GM nº 2.391/2002.

Entre os dispositivos do referido título, destaca-se o art. 65, que determina que o tratamento hospitalar psiquiátrico deve ser breve, dispondo que “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”.

O art. 66 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 trata das modalidades de internação psiquiátrica e introduz a Internação Psiquiátrica Voluntária que se converte em

¹⁸⁰ Recorde-se que, nos termos do art. 4º da Lei nº 10.216/2001, a internação psiquiátrica somente se justifica quando os meios extra-hospitalares de assistência se mostrarem insuficientes. Por consequência, a legislação a caracteriza como modalidade de tratamento de natureza hospitalar.

Involuntária (IPVI), já mencionada no item 2.1.1, caracterizada pelo início voluntário e posterior discordância do paciente quanto à manutenção da internação. Confira-se:

Art. 66. Ficam caracterizadas quatro modalidades de internação:

I - Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI);

II - Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV),

III - Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI),

IV - Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC).

§ 1º Internação Psiquiátrica Voluntária é aquela realizada com o consentimento expresso do paciente.

§ 2º Internação Psiquiátrica Involuntária é aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente.

§ 3º A Internação Psiquiátrica Voluntária poderá tornar-se involuntária quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação.

§ 4º A Internação Psiquiátrica Compulsória é aquela determinada por medida judicial e não será objeto da presente regulamentação.

Embora o § 4º do art. 66 ressalte que a internação compulsória não é objeto da normativa, importa destacar que os parâmetros legalmente previstos para a internação involuntária podem servir, por analogia e na medida do possível, como referência para a avaliação do tratamento psiquiátrico hospitalar determinado judicialmente.

O art. 67 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, cominado com o art. 73, estabelece que as internações voluntárias devem ser notificadas para o Ministério Público e para Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias constituída pelo gestor estadual do Sistema Único de Saúde¹⁸¹.

Já o art. 68 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 especifica as informações que devem ser comunicadas ao Ministério Público pelo responsável do estabelecimento de saúde onde se realize a internação compulsória, detalhando a forma de cumprimento do art. 8º, § 1º, da Lei da Reforma Psiquiátrica, da seguinte maneira:

Art. 68. A Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária deverá ser feita, no prazo de 72 horas, às instâncias referidas no art. 67, observado o sigilo das informações, em formulário próprio (Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, modelo constante do Anexo 3 do Anexo V), que deverá conter laudo de médico especialista pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento de saúde responsável pela internação.

Parágrafo Único. O laudo médico é parte integrante da Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, a qual deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações:

I - identificação do estabelecimento de saúde;

¹⁸¹ Art. 67. As internações involuntárias, referidas no art. 66, § 2º, deverão ser objeto de notificação às seguintes instâncias: I - ao Ministério Público Estadual ou do Distrito Federal e Territórios onde o evento ocorrer; II - à Comissão referida no art. 73.

Art. 73. O gestor estadual do SUS constituirá uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a participação de integrante designado pelo Ministério Público Estadual, que fará o acompanhamento dessas internações, no prazo de setenta e duas horas após o recebimento da comunicação pertinente.

- II - identificação do médico que autorizou a internação;
- III - identificação do usuário e do seu responsável e contatos da família;
- IV - caracterização da internação como voluntária ou involuntária;
- V - motivo e justificativa da internação;
- VI - descrição dos motivos de discordância do usuário sobre sua internação;
- VII - CID;
- VIII - informações ou dados do usuário, pertinentes à Previdência Social (INSS);
- IX - capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é interditado ou não; e
- X - informações sobre o contexto familiar do usuário;
- XI - previsão estimada do tempo de internação.

Quanto à supervisão do tratamento psiquiátrico hospitalar, o art. 69 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 dispõe que “cabará ao Ministério Público o registro da notificação das internações psiquiátricas involuntárias (IPI), bem como das voluntárias que se tornam involuntárias (IPVI), para controle e acompanhamento destas até a alta do paciente”.

Em raciocínio análogo, as previsões referentes às internações involuntárias também evidenciam a importância da atuação do Ministério Público nas internações compulsórias, seja propondo a ação, seja como fiscal da ordem jurídica, para resguardar os direitos individuais indisponíveis da pessoa a ser internada. Revelam, ainda, informações relevantes a serem incluídas no relatório médico que recomenda o tratamento psiquiátrico hospitalar.

E mais, ainda que o monitoramento da Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias não se aplique às internações compulsórias, uma vez que o órgão está vinculado ao Poder Executivo e não ao Judiciário, nada impede que o juiz se valha de instrumentos de apoio, como os Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NatJus)¹⁸², ou da realização de perícia médica na fase instrutória.

Concluída a análise dos principais aspectos da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, passa-se, agora, ao exame das resoluções e recomendações editadas pelo Conselho Federal de Medicina que podem contribuir para o desenvolvimento deste trabalho.

2.2.2 Resoluções e Recomendações do Conselho Federal de Medicina

2.2.2.1 Código de Ética Médica

A Resolução CFM nº 2.217/2018, que institui o atual Código de Ética Médica (CEM), estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis ao exercício da medicina no Brasil.

¹⁸² O NatJus é constituído por “profissionais da saúde, responsáveis por elaborar notas técnicas baseadas em evidências científicas de eficácia, acurácia, efetividade e segurança” (art. 2º, inciso III, Resolução CNJ nº 388 de 13/04/2021).

Como será examinado neste e nos itens seguintes, as resoluções editadas pelo Conselho Federal de Medicina reafirmam reiteradamente o dever do médico de respeitar as escolhas da pessoa em tratamento que tenha capacidade para decidir acerca do plano terapêutico proposto. Todavia, essas normativas também introduzem exceções que relativizam esse dever, o que resulta em incongruências que dificultam a adequada interpretação e aplicação prática dos textos normativos produzidos pelo órgão de classe.

O art. 22 da Resolução CFM nº 2.217/2018 dispõe que o médico não pode “deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”.

Na mesma direção, o art. 24 do Código de Ética Médica veda ao profissional “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”. A redação do art. 24 se assemelha muito à do art. 31 do mesmo texto normativo, o qual proíbe o médico de “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”.

Os três artigos mencionados impõem ao médico o dever de obter o consentimento da pessoa em tratamento antes do início do plano terapêutico ou, se ela for incapaz de fazê-lo, de seu responsável legal, resguardando-se o direito de escolha. A exceção para risco iminente de morte, porém, é demasiadamente ampla. Essa dispensa só deveria ocorrer quando a gravidade do quadro impedir o processo de consentimento, como nas situações em que a urgência inviabiliza até mesmo a prestação de informações mínimas à pessoa em tratamento.

Isso porque, ao recusar conscientemente o tratamento necessário, a pessoa exposta a risco de morte agrava sua condição clínica, passando a se encontrar em situação de risco iminente. Quando esse momento chegar, seria legítimo realizar o tratamento mesmo sem o seu consentimento? A resposta mais adequada seria negativa. Contudo, a imprecisão da redação dos artigos do Código de Ética Médica, associada ao receio dos profissionais de serem responsabilizados por omissão de socorro¹⁸³ e à previsão do art. 146, § 3º, do Código Penal¹⁸⁴,

¹⁸³ Omissão de socorro: Art. 135 - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa. Parágrafo único - A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

¹⁸⁴ Constrangimento ilegal: Art. 146 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda: [...] § 3º - Não se compreendem na disposição deste artigo: I - a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida; II - a coação exercida para impedir suicídio.

que admite a intervenção médica ou cirúrgica sem consentimento em caso de “imminente perigo de vida”, acaba levando alguns médicos a tratar a preservação da vida como um dever absoluto.

Seguindo essa lógica de que a vida se impõe como um dever, o art. 26 da Resolução CFM nº 2.217/2018 estabelece ser vedado ao médico “deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la”. Reforçando o que foi dito anteriormente, diversos dispositivos do Código de Ética Médica parecem indicar que as escolhas da pessoa em tratamento somente devem ser respeitadas enquanto não resultarem em risco de morte, entendimento esse que se mostra incompatível com o princípio da autonomia da vontade quando se trata de indivíduo capaz de consentir.

A redação do art. 26 é muito semelhante à do art. 51 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução nº 1.246/1988, objeto do seguinte comentário por João Baptista Villela¹⁸⁵:

Para começar, o artigo é mal redigido. Ou bem deveria ter dito perigo iminente de vida ou, o que seria equivalente, perigo de morte iminente. Defeitos de redação à parte, a conclusão é pouco edificante: todos somos livres para ameaçar ou fingir, mas ninguém o é para executar, porque a tutela médica atropela nosso direito de optar entre viver e deixar-se morrer. O raciocínio, além de pequeno, é contraditório porque a autoextinção está na lógica natural da greve de fome. Greve de fome que exclui, de antemão, o desfecho morte está mais para o charme do que para o sacrifício. Cabe ainda denunciar um traço francamente perverso que se contém na conduta recomendada pelo Conselho Federal de Medicina. Nada assegura, com efeito, que o grevista, uma vez salvo da morte certa, vá mudar de ideia e desistir do seu protesto. Não desistindo, retomará a greve para, de novo, ser salvo. E assim sucessivamente. Até que, com a falência definitiva de um organismo já depauperado pela desnutrição continuada, a morte finalmente sobrevenha. Não sem deixar um rastro de sofrimento e crueldade. Todos já vimos um filme parecido. O cenário, é verdade, tem pormenores diferentes, mas a história é muito próxima: aquelas em que médicos se fazem assistentes de verdugos para manter em vida pessoas sob tortura.¹⁸⁶

No cenário descrito, nota-se que o Código de Ética Médica, ao tentar conciliar a proteção da vida com o respeito à autodeterminação, acaba por assumir uma posição ambígua, dubiedade essa que repercute diretamente na atuação dos profissionais de saúde e na judicialização dos casos.

¹⁸⁵ Ainda em relação à greve de fome, destaca-se o documentário Solitário Anônimo, de Débora Diniz, lançado em 2007, que narra a história de um homem que se deslocou para uma cidade do interior de Goiás com o propósito de jejuar até a morte, mas que acabou sendo alimentado e medicado de forma compulsória por determinação judicial.

¹⁸⁶ VILLELA, João Baptista. **O novo Código Civil brasileiro e o direito à recusa de tratamento médico...**p. 267-268.

A título exemplificativo, pode-se mencionar a recusa de transfusão de sangue por pessoas que professam a fé das Testemunhas de Jeová. No âmbito do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, encontram-se decisões que, em alguns casos, priorizam a autonomia do paciente¹⁸⁷, enquanto em outros prevalece a proteção da vida¹⁸⁸. Como já mencionado no item 2.1.3, buscando conferir maior segurança jurídica à matéria, o Supremo Tribunal Federal, em 25/09/2024, ao julgar o Recurso Extraordinário nº 1212272¹⁸⁹, firmou entendimento de que é legítimo à pessoa em tratamento, desde que plenamente capaz, recusar-se a se submeter ao plano terapêutico por motivos de ordem religiosa.

¹⁸⁷ APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. MULTA COMINATÓRIA. AUSÊNCIA DE FIXAÇÃO DE PRAZO. CUMPRIMENTO EM PRAZO RAZOÁVEL. INEXIGIBILIDADE. NEGATIVA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR. TESTEMUNHA DE JEOVÁ. TERMO DE CONSENTIMENTO DE AUTORIZAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE. RECUSA. DIREITO FUNDAMENTAL DE LIBERDADE DE CONSCIÊNCIA E DE CRENÇA. DECISÃO MANTIDA. [...] 3. O ordenamento jurídico assegura à paciente, plenamente capaz, consciente e por livre manifestação, o direito de não autorizar a realização de transfusão de sangue, por ser membro da Comunidade Testemunhas de Jeová. 4. A ausência de assinatura do termo de autorização para a administração de tratamento hemoterápico, sem iminente perigo de vida, além de manter resguardado o seu direito fundamental de liberdade de consciência e de crença (art. 5º, VI, CR/88), não afronta o direito fundamental de vida (art. 5º, caput, CR/88), não podendo ser fator impeditivo para sua internação no hospital réu para a realização do procedimento médico pretendido. 5. Recurso conhecido e parcialmente provido. (BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. **Apelação Cível n. 1.0000.23.247569-9/001**. Relator: Desembargador Fausto Bawden de Castro Silva. 9ª Câmara Cível, julgado em 12 mar. 2024, publicado em 15 mar. 2024).

¹⁸⁸ APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO INDENIZATÓRIA - REPARAÇÃO CIVIL - ATO ILÍCITO - TESTEMUNHA DE JEOVÁ - RECEBIMENTO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE - IMINENTE RISCO - TRATAMENTO PARA PRESERVAÇÃO DA VIDA - PONDERAÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS - RESTRIÇÃO À LIBERDADE RELIGIOSA - PREVALÊNCIA DO DIREITO À VIDA - CUMPRIMENTO DO DEVER LEGAL - SENTENÇA MANTIDA. [...] - Ambos os direitos em discussão não são absolutos, podendo sofrer restrições em razão de outro direito fundamental ou então, pelo princípio da Dignidade da Pessoa Humana, sendo que havendo conflito, a solução se dará por meio da ponderação e subsunção do fato à norma. - A regra é de prevalência da escolha terapêutica do paciente, entretanto, em hipóteses bastante restritas, como no presente caso, para preservação da vida, o médico deve agir mesmo contra a vontade do paciente. - O direito à vida é condição para o exercício das demais garantias constitucionais, razão pela qual sua inviolabilidade deve ser assegurada quando ponderada em relação aos demais direitos. (BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. **Apelação Cível n. 1.0000.23.276316-9/001**. Relatora: Desembargadora Maria Luiza Santana Assunção. 13ª Câmara Cível, julgado em 22 fev. 2024, publicado em 28 fev. 2024).

¹⁸⁹ Direito constitucional. Recurso extraordinário submetido à sistemática da repercussão geral. Tema 1.069. Direito de recusa à transfusão de sangue. Liberdade religiosa e autodeterminação. Pessoa adulta e capaz. Ausência de impacto na esfera jurídica de terceiros. Recurso extraordinário julgado prejudicado. I. Caso em exame 1. Trata-se de recurso extraordinário interposto contra acórdão da Turma Recursal da Seção Judiciária de Alagoas, que negou provimento a recurso e, em consequência, manteve decisão que impediu o paciente, testemunha de Jeová, a submeter-se a procedimento cirúrgico sem a obrigatoriedade de assinatura de termo de consentimento para eventual realização de transfusão de sangue. [...] Teses de julgamento: “1. É permitido ao paciente, no gozo pleno de sua capacidade civil, a recusa, por motivos religiosos, de submeter-se a tratamento de saúde. A recusa, por razões religiosas, a tratamento de saúde é condicionada à decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente, inclusive, quando veiculada por meio de diretivas antecipadas de vontade. 2. É possível a realização de procedimento médico, disponibilizado a todos pelo sistema público de saúde, com a interdição da realização de transfusão sanguínea ou outra medida excepcional, caso haja viabilidade técnico-científica de sucesso, anuência da equipe médica com a sua realização e decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente.” (BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 1212272**. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Tribunal Pleno, julgado em 25 set. 2024. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, publ. 26 nov. 2024).

Quanto à indicação de tratamentos de saúde, o art. 37 do Código de Ética Médica veda ao médico a prescrição de tratamentos ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, admitindo exceção apenas nos casos de urgência ou emergência, quando comprovada a impossibilidade de realizá-lo, devendo o exame ocorrer imediatamente após cessado o impedimento, além de proibir a consulta, o diagnóstico ou a prescrição por meio de comunicação de massa¹⁹⁰.

Embora o dispositivo acima mencionado admita, de forma excepcional, a prescrição de tratamento sem avaliação direta do paciente, a regra geral por ele afirmada é a de que a indicação de terapêutica médica pressupõe o exame clínico da pessoa. Todavia, na amostra de processos analisada nesta pesquisa, verificou-se que a avaliação direta da pessoa com transtorno por uso de substâncias ocorre na menor parte dos casos, sendo frequentemente apontada, como justificativa, a recusa do próprio indivíduo em comparecer para avaliação.

Essa circunstância é central para a análise da regularidade dos documentos médicos que instruem as ações de internação psiquiátrica compulsória, uma vez que a avaliação direta e atual do sujeito constitui o meio mais adequado para verificar a efetiva necessidade de tratamento psiquiátrico em regime hospitalar e, por consequência, para aferir a pertinência do pedido principal formulado em juízo. Nesse contexto, cumpre ressaltar que os problemas relacionados à avaliação das pessoas com transtorno por uso de substâncias nos processos estudados serão examinados de forma mais aprofundada nos itens 3.3.3 e 4.4 desta dissertação.

2.2.2.2 Resolução CFM nº 2.057/2013

A Resolução CFM nº 2.057/2013 reúne as normas do Conselho Federal de Medicina referentes à Psiquiatria. Diversas de suas previsões retomam dispositivos ou refletem efeitos diretos da Lei nº 10.216/2001 e das demais normativas até então tratadas neste trabalho, razão pela qual, neste item, cabe ressaltar apenas os aspectos que introduzem elementos novos ou complementares a respeito do tratamento psiquiátrico em geral e das internações psiquiátricas.

Sobre a obtenção de consentimento da pessoa com transtorno mental, o art. 14 da Resolução CFM nº 2.057/2013 dispõe o seguinte:

¹⁹⁰ Art. 37. Prescrever tratamento e outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente depois de cessado o impedimento, assim como consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa. § 1º O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina. § 2º Ao utilizar mídias sociais e instrumentos correlatos, o médico deve respeitar as normas elaboradas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 14. Nenhum tratamento será administrado à pessoa com doença mental sem consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem sua obtenção ou em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a terceiro.

Parágrafo único. Na impossibilidade de se obter o consentimento esclarecido do paciente, ressalvada a condição prevista na parte final do caput deste artigo, deve-se buscar o consentimento do responsável legal.

O dispositivo apresenta redação mais compatível com a autonomia da vontade do que a prevista no art. 15 do Código Civil, conforme já analisado no item 2.1.3. Isso porque estabelece que a dispensa de obtenção do consentimento somente será admitida quando as condições clínicas do usuário do serviço o impossibilitarem ou em situações emergenciais, devidamente caracterizadas e registradas em prontuário.

Como abordado no item 2.1.3, sempre que a pessoa e as circunstâncias permitirem a obtenção do consentimento para a realização de procedimentos médicos, conforme ressaltado no item 1.3, a imposição do tratamento configura ingerência indevida na liberdade de decisão do indivíduo, o que não pode ser admitido.

Prosseguindo, o art. 16 da Resolução CFM nº 2.057/2013 estabelece que todos os profissionais envolvidos no tratamento psiquiátrico devem contribuir para assegurar a cada usuário do serviço o direito de acesso à informação, comunicação, expressão, locomoção e convívio social. O plano terapêutico deve ser individualizado, discutido com a pessoa com transtorno mental ou com seu representante, revisto e ajustado sempre que necessário, sendo cada intervenção devidamente justificada pela observação clínica e registrada em prontuário. Confira-se:

Art. 16. Médicos assistentes e plantonistas, bem como aqueles envolvidos nos processos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação de doentes mentais, devem contribuir para assegurar a cada paciente o direito de acesso à informação, comunicação, expressão, locomoção e convívio social.

§ 1º O tratamento e os cuidados a cada paciente devem basear-se em plano prescrito individualmente, discutido com o interessado e/ou seu responsável, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por profissional qualificado.

§ 2º Qualquer tratamento administrado a paciente deve ser justificado pela observação clínica e registrado no prontuário, inclusive os casos de contenção física.

Nota-se que os arts. 14 e 16 da Resolução CFM nº 2.057/2013 reiteram a obrigação do médico de registrar, de forma justificada, todos os tratamentos e decisões relacionados ao plano terapêutico. Embora possa parecer que o texto normativo esteja repetindo o óbvio, a ênfase na necessidade de registro fundamentado no prontuário assegura o direito de informação da pessoa com transtorno mental e reforça o dever do profissional de saúde de compartilhar informações com o usuário do serviço ou seu responsável, bem como de motivar adequadamente suas decisões.

Ainda sobre os registros em prontuário, é importante destacar sua especial relevância nos casos de pessoas com transtorno mental, sobretudo diante da possibilidade de episódios de perda de consciência. Nessas situações, mostra-se extremamente proveitosa a existência de um documento descritivo do tratamento, que possa ser consultado pelo próprio usuário após o restabelecimento de sua saúde mental.

Mais à frente, no capítulo da Resolução CFM nº 2.057/2013 que trata da internação psiquiátrica, encontra-se o art. 29, que prevê o seguinte:

Art. 29. A internação de paciente em estabelecimento hospitalar ou de assistência psiquiátrica deve ocorrer mediante nota de internação circunstanciada que exponha sua motivação, podendo ser classificada, nos termos da Lei nº 10.216/01, como voluntária, involuntária e compulsória.

§ 1º Internação voluntária é a que se dá com o consentimento expresso e por escrito de paciente em condições psíquicas de manifestação válida de vontade.

§ 2º Internação involuntária é a que se dá contrariamente à vontade do paciente, sem o seu consentimento expresso ou com consentimento inválido. Para que ocorra, faz-se necessária a concordância de representante legal, exceto nas situações de emergência médica.

§ 3º Internação compulsória é a determinada por magistrado.

Embora a redação do art. 29 reproduza, em grande medida, o conteúdo do art. 6º da Lei da Reforma Psiquiátrica, é relevante destacar que o § 2º acrescenta alguns esclarecimentos. O primeiro consiste em afirmar que, caso a pessoa não reúna as precondições necessárias para consentir, o consentimento será considerado inválido, exigindo-se, nessa situação, a concordância do representante legal para a realização da internação involuntária. O segundo se refere às situações de emergência médica, nas quais poderá ser dispensada a autorização do representante legal.

Por sua vez, o art. 31 da Resolução CFM nº 2.057/2013 contém previsões não abordadas pela Lei nº 10.216/2001, como se observa da transcrição abaixo:

Art. 31. O paciente com doença mental somente poderá ser internado involuntariamente se, em função de sua doença, apresentar uma das seguintes condições, inclusive para aquelas situações definidas como emergência médica:

I – Incapacidade grave de autocuidados.

II – Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde.

III – Risco de autoagressão ou de heteroagressão.

IV – Risco de prejuízo moral ou patrimonial.

V – Risco de agressão à ordem pública.

§ 1º O risco à vida ou à saúde compreende incapacidade grave de autocuidados, grave síndrome de abstinência a substância psicoativa, intoxicação intensa por substância psicoativa e/ou grave quadro de dependência química.

§ 2º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo diretor técnico médico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo tal procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

O dispositivo elenca de forma expressa as hipóteses que autorizam a internação psiquiátrica involuntária, oferecendo orientações complementares à Lei da Reforma Psiquiátrica, a qual não detalhou tais situações. São elas: (1) incapacidade grave de autocuidados; (2) risco de vida ou de prejuízos graves à saúde; (3) risco de autoagressão ou heteroagressão; (4) risco de prejuízo moral ou patrimonial; (5) risco de agressão à ordem pública.

A incapacidade grave de autocuidado (1) corresponde à situação em que a pessoa com transtorno mental deixa de realizar de forma adequada as atividades básicas da vida diária, seja por inércia, seja por recusa pessoal, especialmente aquelas relacionadas à higiene e aos cuidados essenciais, como alimentar-se, tomar banho, administrar a própria medicação, entre outras¹⁹¹.

Já o risco de vida ou de prejuízos graves à saúde (2) se refere a situações em que, em razão direta do transtorno mental, a pessoa com transtorno mental se encontra exposto a perigo concreto e relevante, capaz de comprometer sua sobrevivência ou de produzir danos severos à sua saúde física ou psíquica, caso não haja intervenção imediata. O próprio § 1º do art. 31 densifica a hipótese, ao explicitar que o risco à vida ou à saúde compreende, entre outras situações, a “incapacidade grave de autocuidados, grave síndrome de abstinência a substância psicoativa, intoxicação intensa por substância psicoativa e/ou grave quadro de dependência química”.

Partindo do pressuposto de racionalidade do legislador, segundo o qual todas as palavras e expressões da norma cumprem uma função específica, a menção à incapacidade grave de autocuidado no inciso II do art. 31, conjugado com o §1º, sugere um patamar de gravidade superior ao do inciso I, por traduzir situação de efetivo risco de morte ou de prejuízos significativos à saúde. Para além disso, o dispositivo contempla de forma expressa os transtornos de natureza grave decorrentes do uso prejudicial de substâncias, reconhecendo-os como circunstâncias que legitimam a adoção do tratamento psiquiátrico em regime hospitalar.

Antes de seguir para o exame do inciso II do art. 31, é importante ressaltar que o termo “grave” é empregado cinco vezes ao longo dos incisos I e II, e do § 1º. Considerando-se, mais uma vez, que a norma não contém palavras inúteis, a ênfase reiterada na gravidade do quadro da pessoa com transtorno mental evidencia que apenas situações de caráter excepcional e de maior intensidade poderão justificar a internação psiquiátrica. Para exemplificar, uma pessoa que consome bebidas alcoólicas ou cigarros pode, de fato, comprometer a própria saúde, mas

¹⁹¹ EDEMEKONG, Peter F. et al. Activities of Daily Living. In: **StatPearls [Internet]**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.

não se trata de prejuízos capazes de configurar risco grave e iminente que justifique o enquadramento no art. 31, inciso II.

Passando ao risco de autoagressão ou heteroagressão (3), trata-se da situação em que a pessoa com transtorno mental representa perigo concreto de causar danos a si própria, por meio de tentativas de suicídio, automutilações ou exposição a situações de alto risco, ou de gerar perigo a terceiros, mediante agressões físicas, verbais ou comportamentais suscetíveis de resultar em lesões ou outros prejuízos.

Nesse contexto, Christina Fornazari, Edson Shiguemi Hirata e Maitê Cruvinel Oliveira ressaltam que o comportamento agressivo, dirigido tanto contra si mesmo quanto contra terceiros, caracteriza-se pela presença de ameaça ou pela efetiva causação de danos morais e/ou físicos¹⁹². Os autores ressaltam, ainda, que a impulsividade da pessoa em crise psiquiátrica introduz um componente de imprevisibilidade em suas ações e reações, o que dificulta e restringe a formulação de estratégias eficazes de manejo clínico¹⁹³.

A agitação psicomotora pode igualmente justificar a internação psiquiátrica involuntária, na medida em que potencializa o risco de autoagressão e heteroagressão. Christina Fornazari, Edson Shiguemi Hirata e Maitê Cruvinel Oliveira a descrevem como o aumento da atividade motora em resposta exacerbada e desproporcional a estímulos internos ou externos, caracterizando-se pela intensificação da excitabilidade e da irritabilidade, associada a inquietação e a condutas motoras e verbais inadequadas e repetitivas¹⁹⁴.

Em seguida, o art. 31 prevê a hipótese de risco de prejuízo moral ou patrimonial (4). O prejuízo moral se refere a situações em que a pessoa, em razão do transtorno mental, pode ter sua imagem social comprometida por comportamentos inadequados ou vexatórios em público ou perante terceiros, em razão de sua incapacidade de discernir circunstâncias que a exponham à humilhação ou ao constrangimento. Já o prejuízo patrimonial corresponde ao risco de que o indivíduo, em decorrência de sua condição mental, venha a dilapidar seu patrimônio ou perder seus bens, seja por atos impensados, como vendas desvantajosas ou gastos compulsivos, seja por se tornar vítima de exploração ou fraude.

A respeito do prejuízo patrimonial, a sua aplicação como justificativa para uma internação psiquiátrica suscita questionamentos. Isso porque o tratamento psiquiátrico

¹⁹² FORNAZARI, Christina; HIRATA, Edson Shiguemi; OLIVEIRA, Maitê Cruvinel. Internações psiquiátricas involuntárias. In: BARROS, Daniel M.; CASTELLANA, Gustavo B. (org.). **Psiquiatria forense...** p. 114.

¹⁹³ FORNAZARI, Christina; HIRATA, Edson Shiguemi; OLIVEIRA, Maitê Cruvinel. Internações psiquiátricas involuntárias. In: BARROS, Daniel M.; CASTELLANA, Gustavo B. (org.). **Psiquiatria forense...** p.114.

¹⁹⁴ FORNAZARI, Christina; HIRATA, Edson Shiguemi; OLIVEIRA, Maitê Cruvinel. Internações psiquiátricas involuntárias. In: BARROS, Daniel M.; CASTELLANA, Gustavo B. (org.). **Psiquiatria forense...** p.114.

hospitalar é uma medida restritiva da liberdade, de caráter excepcional. Situações que produzem repercussões meramente patrimoniais, não parecem suficientes, por si sós, para justificar a privação de liberdade por meio da internação, sobretudo diante da existência de instrumentos jurídicos menos gravosos e mais adequados para o manejo desses cenários, como o ajuizamento de ação de curatela com pedido de tutela de urgência. Certamente, a utilização da internação como estratégia de contenção de riscos econômicos tende a deslocar a medida de sua finalidade protetiva, aproximando-a de uma lógica paternalista.

Prosseguindo para a hipótese de risco de agressão à ordem pública (5), trata-se de situação em que a internação psiquiátrica involuntária é admitida quando a pessoa, em decorrência de crise psiquiátrica, expõe a perigo a segurança coletiva e compromete o regular funcionamento da vida em sociedade. São exemplos dessa condição a prática de ameaças ou a adoção de comportamentos violentos em locais públicos.

Da análise dos incisos IV e V do art. 31, verifica-se que tais dispositivos ultrapassam a lógica estritamente clínica, ao incumbirem o médico de avaliar aspectos de natureza moral, patrimonial e social. Por tratarem de conceitos abertos, que extrapolam os limites da saúde, acabam por ampliar o campo de atuação do profissional e gerar espaço para interpretações marcadas pela subjetividade do profissional. Em relação à ordem pública, a previsão parece ser redundante, visto que as condutas capazes de perturbar o funcionamento da sociedade já poderiam ser enquadradas nas hipóteses de heteroagressão ou de prejuízo à imagem social da pessoa com transtorno mental.

Na sequência, o art. 32 da Resolução CFM nº 2.057/2013 dispõe que, caso o estabelecimento designado para cumprir o mandado de internação compulsória esteja lotado ou não possua condições técnicas adequadas para o atendimento, caberá ao diretor técnico médico comunicar o fato ao gestor municipal de saúde para que este providencie vaga na rede local, devendo, ainda, informar essa circunstância à autoridade judicial¹⁹⁵.

Ainda sobre a internação psiquiátrica compulsória, o art. 33 da Resolução CFM nº 2.057/2013 prevê que “nas internações compulsórias, quem determina a natureza e tipo de tratamento a ser ministrado ao paciente é o médico assistente, que poderá prescrever alta hospitalar no momento em que entender que aquele se encontra em condições para tal”. Na mesma linha, convém lembrar que o art. 4º, inciso XI, Lei nº 12.842/2013, estabelece que

¹⁹⁵ Art. 32. Se o estabelecimento de assistência psiquiátrica ao qual for destinado o mandado de internação compulsória estiver lotado, ou não possuir condições técnicas para o atendimento adequado do paciente encaminhado, este fato configura impossibilidade ética de cumprimento da ordem judicial. Parágrafo único. O diretor técnico médico do estabelecimento demandado deve encaminhar determinação ao gestor municipal de saúde, para que providencie vaga na rede disponível na localidade, comunicando tal fato à autoridade judicial.

indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde é atividade privativa do médico.

Como se vê, o art. 33 ressalta que, embora o tratamento nessa modalidade se inicie por ordem judicial, compete ao médico assistente definir o tipo de terapêutica a ser aplicada à pessoa com transtorno mental e quando ela deverá receber alta.

Todavia, ainda que a indicação de alta seja ato privativo do médico, nas ações de internação compulsória é comum que, ao constatar que a pessoa internada reúne condições para deixar o hospital, o profissional comunique essa situação ao juízo que determinou a medida, aguardando ordem judicial expressa para a liberação do paciente¹⁹⁶. Essa situação acontece, em grande medida, porque as decisões que deferem a tutela de urgência, via de regra, não preveem a liberação automática da pessoa internada tão logo sejam constatadas as condições clínicas para a alta¹⁹⁷.

Examinados os pontos mais relevantes da Resolução CFM nº 2.057/2013, passa-se, no item seguinte, à Recomendação CFM nº 1/2016, que trata da garantia de participação da pessoa, ainda que sem discernimento pleno para decisões em saúde, no processo de escolha do plano terapêutico, na medida de suas capacidades.

2.2.2.3 Recomendação CFM nº 1/2016

A Recomendação CFM nº 1/2016 foi editada com o propósito de orientar os médicos quanto ao procedimento de obtenção do consentimento livre e esclarecido das pessoas em tratamento. Diversos aspectos relevantes para este trabalho nela previstos já foram examinados no capítulo 1, em especial nos itens 1.3 e 1.4, bem como nos tópicos anteriores deste capítulo. Assim, considerando que pessoas com transtorno por uso de substância podem não reunir as condições necessárias para consentir com o tratamento, cabe neste momento apenas destacar os esclarecimentos oferecidos pela norma acerca do assentimento livre e esclarecido.

¹⁹⁶ Essa afirmação é feita com base na observação da tramitação das ações de internação psiquiátrica compulsória no Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Inclusive, Christina Fornazari Ubiali Guimarães e Gustavo Bonini Castellana orientam que “quando o despacho judicial não deixa clara a possibilidade de alta hospitalar a partir do julgamento clínico, recomenda-se aguardar a autorização do juiz para proceder com a alta, como medida de proteção do médico e da instituição” (GUIMARÃES, Christina Fornazari Ubiali; CASTELLANA, Gustavo Bonini. Internações involuntárias e compulsórias. *In*: MIGUEL, Euripedes Constantino; LAFER, Beny; ELKIS, Helio; FORLENZA, Orestes Vicente. **Clínica Psiquiátrica. Vol 1: Os fundamentos da psiquiatria**. 2. Ed. São Paulo: Manole, 2020. p. 927).

¹⁹⁷ É o que foi possível notar da amostra de processos selecionada, em nenhuma das decisões que deferiram o pedido de tutela de urgência para determinar a internação consta a previsão de que a pessoa poderia ser liberada automaticamente quando reunisse condições para a alta médica.

Em seu item 4.1, a Recomendação nº 1/2016 conceitua o assentimento livre e esclarecido nos seguintes termos:

O assentimento livre e esclarecido consiste no exercício do direito de informação do paciente legalmente incapaz, para que, em conjunto com seu representante legal, possa, de forma autônoma e livre, no limite de sua capacidade, anuir aos procedimentos médicos que lhe são indicados ou deles discordar. Crianças, adolescentes e pessoas que, mesmo com deficiência de ordem física ou mental, estão aptas a compreender e a manifestar sua vontade por intermédio do assentimento, de forma livre e autônoma, não devem ser afastadas do processo de informação e compreensão do procedimento médico que lhes é recomendado.¹⁹⁸

Como já mencionado, ainda que a pessoa não reúna as condições necessárias para consentir ao tratamento médico, não deve ser excluída do processo de discussão acerca da terapêutica proposta, devendo participar dele na medida do possível e conforme sua capacidade de compreensão. Nessa perspectiva, o assentimento corresponde à manifestação de vontade de pessoas que não possuem plena aptidão para consentir, sendo colhido de acordo com seu grau de compreensão, possibilitando sua participação no processo informativo e deliberativo sobre o plano terapêutico.

Para viabilizar essa participação, segundo a Recomendação nº 1/2016, em seu item 7.2, os médicos devem considerar a eventual redução do grau de discernimento da pessoa em tratamento e adequar as informações prestadas a esse perfil:

Nos demais casos de incapacidade, a participação dos envolvidos também deverá ser estimulada, a partir da avaliação do grau de comprometimento da capacidade de entendimento dos pacientes. Pacientes que, por qualquer razão, apresentam maior dificuldade em entender a informação devem receber explicações mais detalhadas e adequadas a seu grau de compreensão.¹⁹⁹

Registre-se que, embora se utilize aqui o termo assentimento, a manifestação pode também consistir em discordância quanto ao tratamento. Contudo, tratando-se de pessoa sem capacidade para consentir, a manifestação vinculante caberá a seu representante legal. Assim, o processo de obtenção do assentimento não substitui o consentimento livre e esclarecido, mas configura instrumento ético de inclusão da própria pessoa, ainda que inapta a consentir, nas decisões relativas à sua saúde.

Em consonância com o que já foi abordado no item 1.3, a Recomendação CFM nº 1/2016 ressalta o caráter dinâmico da competência para decidir sobre o plano terapêutico,

¹⁹⁸ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação CFM nº 1/2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília, DF: CFM, 2016. p. 13.

¹⁹⁹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação CFM nº 1/2016**..., p. 17.

indicando que essa aptidão pode oscilar de acordo com o estado clínico e o contexto da decisão, o que torna indispensável a sua reavaliação contínua. É o que se verifica do trecho transcrito abaixo:

A capacidade para consentir constitui elemento dinâmico que se pode alterar durante o período em que o indivíduo esteja submetido a cuidados médicos, de acordo com as variações de seu estado físico e psicológico, sendo necessária uma constante reavaliação. A capacidade será sempre presumida, devendo ser comprovada apenas a incapacidade sempre que surgirem evidências desse estado.²⁰⁰

Nos transtornos psiquiátricos, essa característica é ainda mais evidente, em razão de oscilações psíquicas e emocionais que podem comprometer, de forma temporária, a autonomia do indivíduo.

De todo modo, quando a pessoa em tratamento se recusa a aceitar a terapêutica proposta, aplica-se a Resolução CFM nº 2.232/2019, que será objeto de análise no item a seguir.

2.2.2.4 Resolução CFM nº 2.232/2019

A Resolução CFM nº 2.232/2019 estabelece diretrizes éticas para a conduta dos profissionais de medicina em situações de recusa terapêutica por parte da pessoa em tratamento.

Em seu artigo 2º, a resolução consagra de forma expressa o direito de recusa terapêutica por parte do indivíduo sob atendimento médico, desde que maior de idade e plenamente capaz no momento da decisão. Confira-se:

Art. 2º É assegurado ao paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente, no momento da decisão, o direito de recusa à terapêutica proposta em tratamento eletivo, de acordo com a legislação vigente.
Parágrafo único. O médico, diante da recusa terapêutica do paciente, pode propor outro tratamento, quando disponível.

Contudo, mais adiante o art. 11 da Resolução CFM nº 2.232/2019, prevê que “em situações de urgência e emergência que configurem iminente perigo de morte, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, ainda que haja recusa terapêutica”. Em relação a esse dispositivo, destacam-se as considerações de Mauro Luiz de Britto Ribeiro, relator da resolução, constantes da exposição de motivos que acompanhou a norma:

A Resolução determina que, em situações de urgência e emergência que caracterizem iminente perigo de morte, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e

²⁰⁰ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação CFM nº 1/2016...**, p. 17.

reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente da recusa terapêutica, o que não significa um retorno ao paternalismo médico. A exceção ao consentimento livre e esclarecido, nesses casos, foi preservada em nome dos valores da sociedade e da tradição ética da Medicina brasileira, cabendo destacar que a mesma ressalva foi feita na decisão pioneira do juiz Benjamin Cardozo. A intervenção médica ou cirúrgica sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, quando justificada por iminente perigo de morte (Código Penal, art. 146, § 3º, I), não caracteriza constrangimento ilegal, ao passo que deixar de agir tipifica omissão de socorro.²⁰¹

Mais uma vez, o Conselho Federal de Medicina adota postura ambígua: enquanto o art. 2º reconhece o direito de recusa terapêutica, o art. 11 o relativiza ao impor a preservação da vida em situações de urgência e emergência. Na prática, isso pode restringir a autonomia da vontade de pessoas capazes, como exemplifica a situação das transfusões de sangue recusadas por Testemunhas de Jeová.

Já o art. 3º da Resolução CFM nº 2.232/2019 dispõe que “em situações de risco relevante à saúde, o médico não deve aceitar a recusa terapêutica de paciente menor de idade ou de adulto que não esteja no pleno uso de suas faculdades mentais, independentemente de estarem representados ou assistidos por terceiros”. Em complementação, o art. 4º dispõe que, havendo discordância entre o médico e o representante legal do sujeito em atendimento quanto ao plano terapêutico, o profissional deve comunicar o fato ao Ministério Público, à Polícia, ao Conselho Tutelar ou a outras autoridades competentes, buscando garantir o melhor interesse da pessoa em tratamento. Reproduz-se, a seguir, o teor do artigo mencionado:

Art. 4º Em caso de discordância insuperável entre o médico e o representante legal, assistente legal ou familiares do paciente menor ou incapaz quanto à terapêutica proposta, o médico deve comunicar o fato às autoridades competentes (Ministério Público, Polícia, Conselho Tutelar etc.), visando ao melhor interesse do paciente.

Ressalte-se que o dispositivo determina que o “melhor interesse” da pessoa em atendimento deve sempre ser observado. Conforme já mencionado no item 2.1.4, essa expressão deve ser compreendida como a adoção da decisão que, à luz de critérios técnicos e objetivos, se mostre mais adequada à proteção da saúde do indivíduo, ao seu bem-estar e ao seu desenvolvimento. Ressalta-se que essa diretriz não se confunde com a proteção dos interesses ou preferências previamente manifestados pela própria pessoa, quando ainda detinha plena capacidade de discernimento, nos casos em que, sendo adulta, já não se encontra no pleno uso de suas faculdades mentais. Trata-se de mais um indicativo de que as normativas do Conselho Federal de Medicina tendem a privilegiar a preservação da vida como regra geral.

²⁰¹ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.232, de 2019**. Estabelece diretrizes éticas para profissionais de medicina em casos de recusa terapêutica. p. 7.

O último dispositivo da Resolução CFM nº 2.232/2019 que merece destaque neste trabalho é o art. 5º, que dispõe, nos seguintes termos, que:

Art. 5º A recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico quando caracterizar abuso de direito.

§ 1º Caracteriza abuso de direito:

I – a recusa terapêutica que coloque em risco a saúde de terceiros;

II – a recusa terapêutica ao tratamento de doença transmissível ou de qualquer outra condição semelhante que exponha a população a risco de contaminação.

O artigo trata dos procedimentos compulsórios de natureza terapêutica ou preventiva, adotados em nome da saúde pública, conforme já analisado no capítulo 1, itens 1.1, 1.4 e 1.5. Nesses casos, a limitação da autodeterminação dos sujeitos é justificada pela possibilidade de evitar malefícios a um número maior de pessoas, ainda que isso implique certo ônus para alguns indivíduos, em uma lógica de utilidade.

Encerrada a análise dos marcos normativos legais e infralegais aplicáveis ao consentimento, à saúde mental e ao tratamento dos transtornos por uso de substâncias, passa-se, no capítulo seguinte, ao exame das ações de internação psiquiátrica compulsória ajuizadas em Belo Horizonte, com o objetivo de verificar de que modo esses referenciais vêm sendo interpretados e aplicados na prática judicial

3 ANÁLISE DAS AÇÕES DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA EM BELO HORIZONTE DE 2013 A 2024

Tratados os marcos normativos aplicáveis ao objeto desta pesquisa, passa-se ao exame das informações coletadas na amostra de processos analisada. Neste capítulo, apresenta-se a metodologia adotada para o levantamento, a seleção e a análise das ações de internação psiquiátrica compulsória em Belo Horizonte, no período de 2013 a 2024, além de se exporem e examinarem os principais dados extraídos da amostra final.

3.1 Metodologia para o levantamento e análise dos dados das ações de internação compulsória

A seleção da amostra das ações de internação compulsória analisadas neste estudo foi realizada em 16/12/2024, por meio do sistema Processo Judicial Eletrônico (PJe) do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, utilizando-se o acesso disponibilizado aos advogados, especificamente na aba “Consulta Processos”²⁰². O formulário foi preenchido da seguinte forma: assunto: “internação compulsória”; jurisdição: “Belo Horizonte”. Com esses critérios de busca, foram identificados 197 processos, correspondentes a ações que tramitaram entre 2013 e 2024, de forma pública²⁰³.

Nesse ponto, cumpre esclarecer que o intervalo temporal abrangido pela amostra não resulta de uma escolha metodológica deliberada, mas corresponde aos processos disponíveis para consulta em formato eletrônico no sistema do Tribunal de Justiça de Minas Gerais no momento da pesquisa. Registra-se, ainda, que não foram realizadas buscas posteriores para a inclusão de processos mais recentes tendo em vista que a análise minuciosa dos autos demandou tempo considerável, o que inviabilizou a ampliação da amostra.

Em seguida, foram realizados alguns levantamentos e apreciações preliminares das ações identificadas, com o objetivo de compreender quais critérios de seleção seriam mais adequados para a definição da amostra de processos para o desenvolvimento da presente

²⁰² BRASIL. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Portal do PJe – Processo Judicial Eletrônico**. Belo Horizonte, [s.d.]. Disponível em: <https://pje.tjmg.jus.br/pje/Processo/ConsultaProcesso/listView.seam>. Acesso em: 16 dez. 2024.

²⁰³ Até porque “os processos que tramitam em ‘segredo de justiça’, a princípio, não serão visualizados pelos advogados que não estiverem neles cadastrados, ou por servidores de outras Secretarias. Além disso, os processos sigilosos não aparecem nas buscas realizadas por partes não cadastradas” (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (TJMG). **Como realizar pesquisa de processo no PJe**. Belo Horizonte, 27 maio 2024).

pesquisa. A partir desses procedimentos, foram estabelecidos os seguintes parâmetros não probabilísticos para a filtragem das ações a serem analisadas²⁰⁴:

Tabela 4 – Parâmetros de seleção da amostra de processos analisados (continua)

Parâmetro	Justificativa
Ter como objeto tratamento psiquiátrico	Apenas ações que efetivamente fossem relacionadas a tratamentos psiquiátricos foram selecionadas, excluindo-se da amostra processos classificados como “internação psiquiátrica” que, na verdade, objetivassem outras medidas de saúde, além de outros erros de classificação.
Ser uma ação de origem e natureza cível	Essa delimitação evita a inclusão de ações de natureza criminal, uma vez que o foco deste estudo é a internação psiquiátrica compulsória de natureza cível, e não a medida de segurança prevista no art. 96 do Código Penal.
Ter sido arquivado	Foram selecionados apenas os processos já arquivados, os quais, por isso, contavam com decisão final e tramitação concluída. Evitou-se, assim, a inclusão de ações com dados incompletos que possam ser alterados em razão de movimentações processuais supervenientes.
Foram retiradas da amostra as ações extintas liminarmente por incompetência do juízo	Notou-se que algumas ações haviam sido extintas liminarmente por incompetência do juízo ²⁰⁵ e que, por essa razão, não chegaram a se desenvolver de modo a produzir documentos ou informações relevantes para a pesquisa. Esses processos foram, portanto, excluídos da amostra.
Foram excluídas da amostra ações replicadas	Verificaram-se ações replicadas, seja por erro no ajuizamento, seja por declinação de competência entre a Justiça Comum e o Juizado Especial ²⁰⁶ , as quais foram excluídas para evitar a duplicação de dados referentes ao mesmo caso.

Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

Com a aplicação dos critérios acima descritos, chegou-se a uma amostra parcial composta por 74 ações. Examinando esse conjunto de processos, observou-se que o diagnóstico de transtorno por uso de álcool e outras drogas estava presente em 53 deles, o que justificou a inclusão do critério abaixo para a definição da amostra desta pesquisa:

²⁰⁴ A seleção da amostra objeto da pesquisa foi feita de forma não probabilística ou intencional, “segundo determinados elementos de interesse da equipe pesquisadora e com base em características específicas, daí ser também denominada amostragem útil”. NICÁCIO, Camila Silva; DIAS, Maria Tereza Fonseca; GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa. **Repensando a pesquisa jurídica: teoria e prática**. São Paulo: Almedina Brasil, 2020. E-book (Kindle). p. 192.

²⁰⁵ Em grande parte, tratam-se de ações que foram extintas por incompetência, diante do entendimento de que, havendo ente público no polo passivo e sendo observado o teto de 60 salários-mínimos, a competência absoluta seria do Juizado Especial da Fazenda Pública. Esse ponto será examinado com maior profundidade no item 3.2.

²⁰⁶ Acontece que a Justiça Comum e os Juizados Especiais utilizavam sistemas operacionais distintos. Por isso, os processos remetidos de um para outro, em razão das divergências de entendimento sobre competência que serão examinadas no item 3.2, precisavam ser cadastrados novamente no sistema de destino, recebendo inclusive nova numeração. Essa particularidade resultou na aparição duplicada de diversos casos no levantamento.

Tabela 4 – Parâmetros de seleção da amostra de processos analisados (conclusão)

Parâmetro	Justificativa
Ter o diagnóstico de transtorno mental relacionado ao uso de substâncias psicoativas	Essa delimitação foi adotada porque as ações envolvendo transtornos por uso de substâncias psicoativas se mostraram prevalentes na amostra parcial, evidenciando a pertinência desse recorte.

Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

Ao iniciar a avaliação dos processos integrantes da amostra, constatou-se que, em um deles, houve pedido de decretação de segredo de justiça, o qual foi deferido pelo juízo. Contudo, por razões não esclarecidas nos autos, não foram adotadas as providências necessárias para a efetiva tramitação do feito sob essa modalidade, de modo que o processo permaneceu acessível de forma pública. Diante dessa peculiaridade, o referido processo foi excluído do conjunto de casos analisados nesta pesquisa.

Seguindo os procedimentos acima descritos, chegou-se à amostra final composta por 52 ações, listadas ao final deste trabalho (Anexo A).

Na sequência, para viabilizar a coleta de dados, foi elaborada uma tabela de 39 critérios, divididos em seis grupos, da seguinte forma: (1) dados gerais; (2) petição inicial e contestação; (3) participação da pessoa com transtorno mental por uso de substâncias psicoativas no processo; (4) relatório médico; (5) decisão liminar; (6) andamento processual. Foi adicionada também uma coluna destinada a registrar observações complementares sobre cada ação, quando necessárias. Essa tabela foi utilizada tanto para o levantamento estruturado das informações contidas nos processos quanto para a análise posterior dos dados extraídos, e encontra-se anexada ao final desta dissertação (Anexo B).

A definição dos critérios da tabela de coleta de dados foi construída de forma progressiva, a partir da análise inicial de alguns processos. Nesse momento, buscou-se identificar, de maneira prática, quais informações se mostravam relevantes para a pesquisa. Com base nessas primeiras leituras, os critérios foram sendo ajustados e organizados ao longo de novas análises, até a consolidação da estrutura final da tabela.

Assim, esclarecidas as premissas metodológicas que consolidaram a amostra final de ações de internação psiquiátrica objeto desta pesquisa e as informações que seriam dela coletadas, passa-se, a seguir, ao exame dos aspectos processuais relevantes que foram notados e à análise dos dados extraídos dos processos.

3.1.1 Limitações da pesquisa

Antes de adentrar na análise dos dados coletados, cumpre registrar algumas limitações inerentes à presente pesquisa.

Em primeiro lugar, a seleção dos processos analisados foi realizada a partir de consulta de processos que tramitaram de forma pública no sistema do Processo Judicial Eletrônico, o que implica a exclusão de eventuais ações de internação psiquiátrica que tramitaram sob sigilo de justiça e, portanto, não estavam acessíveis pelos critérios de busca adotados. Assim, não foi possível identificar a quantidade, o conteúdo ou as características dessas ações, o que pode impactar a representatividade da amostra.

Além disso, o recorte territorial restrito à Comarca de Belo Horizonte também constitui uma limitação, uma vez que a forma de tramitação das ações de internação psiquiátrica compulsória pode variar significativamente conforme a estrutura da rede de saúde local, a organização dos serviços e as práticas institucionais de cada localidade. Nesse sentido, a adoção de outro recorte territorial poderia conduzir a resultados distintos.

Tais limitações, contudo, não comprometem a relevância dos achados, mas devem ser consideradas para a adequada interpretação dos resultados obtidos.

3.2 Considerações sobre os aspectos processuais das ações de internação psiquiátrica compulsória

Como pontuado no item 2.1.4, as ações de internação psiquiátrica compulsória não possuem disciplina processual específica, diferentemente do que acontece, por exemplo, com as ações de curatela, cujo rito está previsto nos arts. 747 a 763 do Código de Processo Civil. Essa lacuna normativa gera dúvidas quanto à forma adequada de tramitação de demandas dessa natureza, motivo pelo qual o objetivo deste tópico é abordar as principais questões processuais que se apresentaram ao longo do exame das ações de internação.

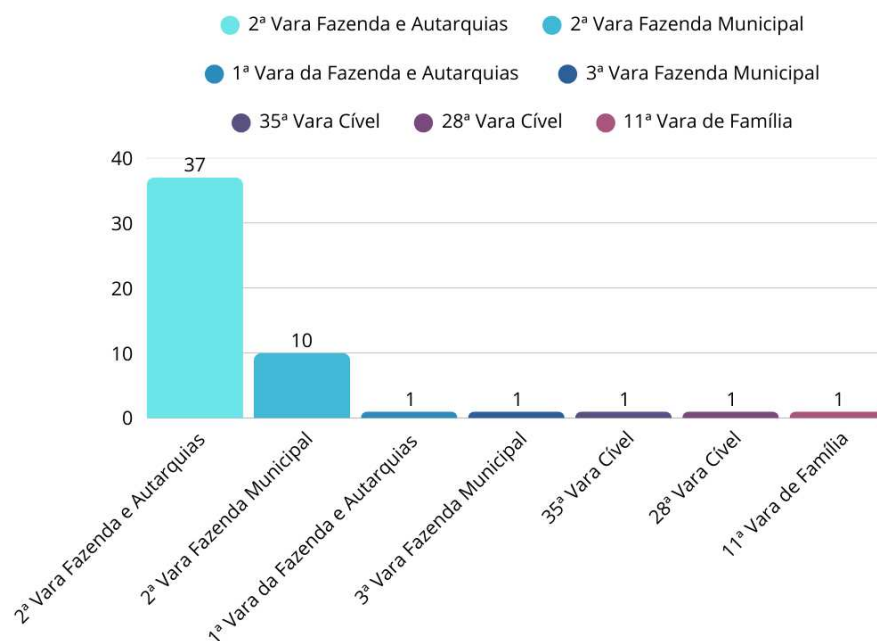
3.2.1 Competência para processar e julgar as ações

Todo órgão judicial detém jurisdição, isto é, o poder de julgar e fazer cumprir suas decisões. A competência, por sua vez, corresponde aos limites dentro dos quais esse poder pode ser validamente exercido por cada órgão jurisdicional. Trata-se do critério que distribui entre

os diversos juízos e tribunais as atribuições necessárias ao desempenho da jurisdição, definindo quando e em que circunstâncias cada um pode atuar²⁰⁷.

Dos 52 processos estudados, 38 tramitaram na 2ª Vara da Fazenda Pública e Autarquias e 10 na 2ª Vara de Feitos da Fazenda Pública Municipal. As demais foram distribuídas, uma cada, à 1ª Vara da Fazenda Pública e Autarquias, à 3ª Vara de Feitos da Fazenda Pública Municipal, à 35ª e à 28ª Varas Cíveis e à 11ª Vara de Família, todas da Comarca de Belo Horizonte.

Gráfico 1 – Distribuição das ações de internação compulsória por vara judicial



Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

A maior parte das ações foi distribuída às Varas da Fazenda Pública em razão da composição do polo passivo indicada na petição inicial, formado pelo ente municipal e/ou estatal, totalizando 48 processos. Quando o réu era exclusivamente o Município de Belo Horizonte, a distribuição foi feita para a Vara de Feitos da Fazenda Pública Municipal. Já nos casos em que o Estado de Minas Gerais figurava no polo passivo, isoladamente ou em litisconsórcio, as ações foram direcionadas às Varas da Fazenda Pública e Autarquias.

Dentre as Varas da Fazenda Pública, nota-se a predominância de distribuições para 2ª Vara, tanto da Fazenda Pública Municipal quanto da Fazenda Pública e Autarquias, que somaram 37 ações. Isso aconteceu porque a Resolução TJMG nº 829/2016 estabelece, em seu

²⁰⁷ THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de direito processual civil**. 66. ed., rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2025. Ebook. p. 215.

art. 2º²⁰⁸, que nas comarcas que possuam mais de uma vara com competência em Fazenda Pública, a competência prioritária para processar as ações relacionadas ao direito à saúde pública é atribuída ao Juiz da 2ª Vara.

Dois processos foram distribuídos a varas cíveis comuns, especificamente à 35ª e à 28ª Varas Cíveis, por não envolverem entes públicos, apenas pessoas físicas. Um feito que também envolvia apenas pessoas físicas foi processada por vara especializada em Direito de Família, a 11ª Vara de Família, em razão do endereçamento feito pela parte autora no momento do ajuizamento. Trata-se, muito provavelmente, de um equívoco decorrente da frequente confusão entre o instituto da curatela e da internação compulsória, tema já abordado no item 2.1.4 deste trabalho²⁰⁹.

Outra questão relevante relacionada à competência para o processamento e julgamento das ações de internação psiquiátrica, identificada em muitos dos processos analisados, diz respeito à possibilidade de essas demandas serem apreciadas pelos Juizados Especiais da Fazenda Pública, caso observado o limite de valor previsto em lei.

O art. 2º da Lei nº 12.153/2009 dispõe que “é de competência dos Juizados Especiais da Fazenda Pública processar, conciliar e julgar causas cíveis de interesse dos Estados, do Distrito Federal, dos Territórios e dos Municípios, até o valor de 60 (sessenta) salários-mínimos”, competência essa de caráter absoluto, conforme o § 4º do mesmo dispositivo. Com base nessa previsão, foram instaurados diversos conflitos de competência entre o Juízo da 2ª Unidade Jurisdicional da Fazenda Pública da Comarca de Belo Horizonte e o Juízo da 2ª Vara da Fazenda Pública e Autarquias da mesma Comarca. Em tais situações, a competência acabou sendo fixada em favor deste último, em razão da necessidade de produção de prova pericial médica de maior complexidade²¹⁰.

²⁰⁸ Art. 2º A competência prioritária para conhecer e processar as novas ações que dizem respeito ao direito à saúde pública será exercida, nas comarcas onde houver mais de uma vara de competência da Fazenda Pública, pelo Juiz da 2ª Vara, com a devida compensação, na mesma proporção, da distribuição de novos feitos que envolvam matéria distinta.

²⁰⁹ Essa confusão também está presente na sentença da ação distribuída para a 11ª Vara de Família da Comarca de Belo Horizonte, atuada sob o nº 5159583-26.2020.8.13.0024. Como consta do provimento, o pai do réu, pessoa a ser internada, não teria legitimidade para ajuizar a ação de internação psiquiátrica sem que antes fosse nomeado seu curador, como demonstra o seguinte trecho: “excepcionando a internação voluntária, que se dará por vontade do paciente e mediante termo por ele assinado, a internação compulsória deve ser justificada na incapacidade do paciente de avaliar a sua própria condição e de decidir sobre a necessidade do tratamento, exigindo, portanto, pronunciamento sobre questão prejudicial antecedente envolvendo a capacidade da pessoa, o que deverá se dar em sede própria, por meio de jurisdição voluntária, isto é, em ação de interdição” (MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG). 11ª Vara de Família da Comarca de Belo Horizonte. **Processo nº 5159583-26.2020.8.13.0024**. Sentença de 13 jan. 2021).

²¹⁰ Esse entendimento foi reforçado pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais no julgamento do IRDR nº 1.0000.17.016595-5/001 (Tema 35), publicado em 05/09/2019, por meio do qual foi fixada a tese de que “a necessidade de produção de prova pericial formal, imbuída de maior complexidade, influi na definição da

3.2.2 Legitimidade para figurar no polo ativo e passivo da ação

Em uma ação, parte é o sujeito que integra o polo ativo (autor) ou o polo passivo (réu) da relação processual perante o órgão judicial. Para que o mérito do pedido formulado possa ser apreciado, é indispensável que esses sujeitos sejam legitimados, nos termos da lei, a ocupar tais posições²¹¹.

Via de regra, essa legitimidade decorre da titularidade dos interesses em conflito (legitimidade ordinária): a legitimação ativa cabe ao titular do interesse afirmado com o ajuizamento da ação, enquanto a legitimação passiva recai sobre aquele cujo interesse se contrapõe à pretensão ou resiste ao seu acolhimento²¹². Excepcionalmente, admite-se que alguém atue em juízo, em nome próprio, na defesa de direito alheio, hipótese denominada substituição processual, que configura a chamada legitimidade extraordinária²¹³.

Passa-se, então, ao exame dos sujeitos legitimados, ativa e passivamente, a propor e a responder às ações de internação psiquiátrica compulsória.

3.2.2.1 Legitimidade ativa

Como dito anteriormente, as ações de internação psiquiátrica compulsória não contam com disciplina processual específica, de modo que o Código de Processo Civil não prevê um rol próprio de sujeitos legitimados para figurar nos polos de demandas dessa natureza. Por isso, a aferição da legitimidade das partes nos processos analisados exige a utilização de métodos de interpretação integrativa da lei, nos termos do art. 4º da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro, que autoriza o intérprete a recorrer à analogia, aos costumes e aos princípios gerais do direito para suprir lacunas do ordenamento jurídico²¹⁴.

Nesse contexto, retomando as previsões da Lei nº 10.216/2001, destaca-se que o seu art. 3º atribui ao Estado a responsabilidade pela promoção das ações de atenção à saúde das pessoas com transtornos mentais, prevendo, ainda, a participação da família nesse processo:

competência dos Juizados Especiais da Fazenda Pública, porquanto incompatível com os princípios da simplicidade, oralidade, economia processual e celeridade”.

²¹¹THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de direito processual civil...** p.190.

²¹²THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de direito processual civil...** p.190.

²¹³THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de direito processual civil...** p.284.

²¹⁴ Art. 4º Quando a lei for omissa, o juiz decidirá o caso de acordo com a analogia, os costumes e os princípios gerais de direito.

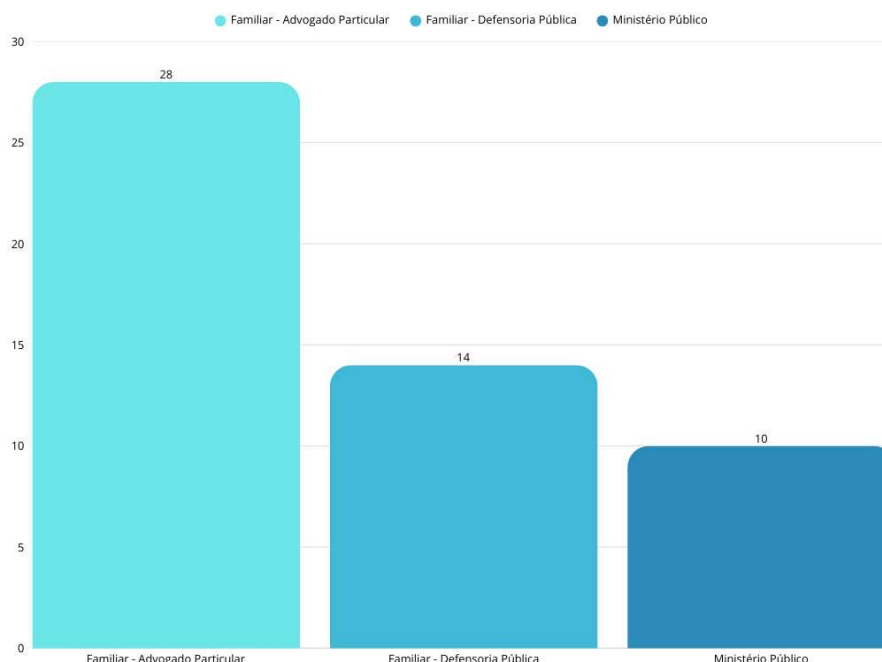
Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Uma das formas de promover a saúde da pessoa com transtorno por uso de substância pode ser a internação psiquiátrica, o que pode acontecer por determinação judicial no âmbito de uma ação de internação compulsória.

Conforme tratado no item 2.1.1, a Lei da Reforma Psiquiátrica não indica quem poderá formular o pedido de internação psiquiátrica compulsória e, ao tratar da internação involuntária, apenas indica que o pedido poderá ser formulado por terceiro, sem definir de forma taxativa quem seria esse terceiro.

Analisando os sujeitos que compuseram o polo ativo das ações da amostra, verifica-se que 42 delas foram propostas por familiares da pessoa com transtorno por uso de substâncias (80,77%). Desse número, 28 foram ajuizadas com representação por advogados particulares e 14 foram propostas com representação da Defensoria Pública de Minas Gerais. As 10 ações restantes tiveram como parte autora o Ministério Público de Minas Gerais (19,23%).

Gráfico 2 – Composição do polo ativo das ações de internação psiquiátrica compulsória



Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

Considerando essas informações, e o que foi exposto no item 1.3 sobre a possibilidade de o transtorno por uso de substâncias reduzir ou suprimir a voluntariedade do sujeito, mostra-se razoável adotar, por analogia, o art. 747, incisos I, II e IV, do Código de Processo Civil como

parâmetro para aferição da legitimidade ativa nas ações de internação psiquiátrica compulsória. Esse dispositivo, que trata da ação de curatela, segue transcrito abaixo:

Art. 747. A interdição pode ser promovida:
 I - pelo cônjuge ou companheiro;
 II - pelos parentes ou tutores;
 (...)
 IV - pelo Ministério Público.
 Parágrafo único. A legitimidade deverá ser comprovada por documentação que acompanhe a petição inicial.

No que se refere à legitimidade do cônjuge ou companheiro e do parente ou do tutor²¹⁵, considerando princípio da solidariedade familiar^{216 217}, que estabelece deveres recíprocos de cuidado e proteção, é muito natural que familiares sejam os principais responsáveis por acionar o Poder Judiciário para a obtenção da internação psiquiátrica, medida voltada a resguardar a saúde e a segurança do sujeito quando aplicada em conformidade com a Lei da Reforma Psiquiátrica.

Seguindo essa lógica, os dados colhidos nesta pesquisa mostram que a maior parte das ações de internação compulsória teve origem na iniciativa de familiares da pessoa com transtorno por uso de substâncias, mais precisamente 80,77% da amostra selecionada²¹⁸.

Passando à legitimidade ativa do Ministério Público, responsável pelo ajuizamento de 19,23% das ações analisadas, para além da aplicação por analogia do art. 747, IV, do CPC, ela pode ser fundamentada em diversos dispositivos que regem suas atribuições constitucionais e, portanto, o seu direito de ação²¹⁹. No caso específico do Ministério Público de Minas Gerais (MPMG), a principal base jurídica invocada nas petições iniciais para justificar o ajuizamento

²¹⁵ Aqui convém registrar que, embora a figura do tutor seja mencionada, a amostra selecionada não compreende processos que envolvam pessoas menores de 18 anos. Isso se deve ao fato de que somente foram selecionadas para análise ações que tramitaram de forma pública e, à luz de uma interpretação sistemática da Lei nº 8.069/1990, especialmente do art. 100, inciso V, e do art. 143, em consonância com o art. 227 da Constituição Federal e com o art. 189, inciso III, do Código de Processo Civil, demandas dessa natureza tendem a tramitar sob sigilo de justiça, como forma de resguardar a intimidade e a privacidade da criança ou do adolescente.

²¹⁶ Como observa Rolf Madaleno, “a solidariedade é princípio e oxigênio de todas as relações familiares e afetivas, porque esses vínculos só podem se sustentar e se desenvolver em ambiente recíproco de compreensão e cooperação, ajudando-se mutuamente sempre que se fizer necessário”. (MADALENO, Rolf. **Direito de Família** - 15ª Edição 2026. 15. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2025. E-book. p.100.).

²¹⁷ Diversas previsões normativas evidenciam a existência de um dever de solidariedade familiar no ordenamento brasileiro. No plano constitucional, os arts. 3º, inc. I, art. 226 e art. 229 da Constituição Federal consagram, respectivamente, o ideal de construção de uma sociedade solidária, a centralidade da família como base da sociedade e os deveres de assistência entre pais e filhos. No âmbito infraconstitucional, o Código Civil reforça essa orientação ao prever o dever de mútua assistência entre cônjuges (art. 1.566, III) e o dever recíproco de prestação de alimentos entre pais e filhos, extensivo a todos os ascendentes (art. 1.696).

²¹⁸ Inclusive, mesmo nas ações ajuizadas pelo Ministério Público, é comum que a iniciativa de procurar o órgão ministerial para tomada de providências decorra da procura de um familiar em situação de risco.

²¹⁹ Nos termos do art. 177 do Código de Processo Civil “o Ministério Público exercerá o direito de ação em conformidade com suas atribuições constitucionais”.

das ações de internação compulsória examinadas compreende o art. 127 da Constituição Federal, o art. 25, inciso IV, alínea “a”, da Lei Federal nº 8.625/1993, e o art. 79, § 3º, da Lei nº 13.146/2015, os quais serão analisados a seguir.

Nos termos do art. 127 da Constituição Federal, “o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”. Assim, o ajuizamento de ação destinada a assegurar o tratamento adequado à pessoa com transtorno mental se insere na atribuição de tutela dos direitos individuais indisponíveis conferida ao Ministério Público, por envolver a proteção do direito à vida (art. 5º, CF²²⁰) e do direito à saúde (arts. 6º e 196, CF²²¹)^{222 223}.

²²⁰ Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...).

²²¹ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

²²² O Superior Tribunal de Justiça já externou esse entendimento por meio de julgamento processado pela lógica dos repetitivos (Tema Repetitivo nº 766), fixando a seguinte tese: “o Ministério Público é parte legítima para pleitear tratamento médico ou entrega de medicamentos nas demandas de saúde propostas contra os entes federativos, mesmo quando se tratar de feitos contendo beneficiários individualizados, porque se refere a direitos individuais indisponíveis, na forma do art. 1º da Lei n. 8.625/1993 (Lei Orgânica Nacional do Ministério Público)”. (BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n. 1.657.156/RJ. Relator: Ministro Benedito Gonçalves. Tema Repetitivo sob o nº 766. Julgado em 25 out. 2017. **Diário da Justiça Eletrônico**, Brasília, DF, publ. 6 fev. 2018.)

²²³ Ainda sobre a jurisprudência do STJ, segue a transcrição de ementa de julgamento relativo especificamente à legitimidade ativa do Ministério Público para ajuizar ação de internação compulsória psiquiátrica de pessoa com transtorno por uso de substância: PROCESSUAL CIVIL. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. TRATAMENTO DE DEPENDENTE QUÍMICO. OBRIGAÇÃO DO ESTADO. MINISTÉRIO PÚBLICO. LEGITIMIDADE. 1. Trata-se, na origem, de ação proposta por (nome do autor ocultado em razão da natureza sensível da ação), em face de (nome do réu ocultado em razão da natureza sensível da ação), em razão da necessidade de internação compulsória do requerido para tratamento da dependência química. 2. Legitimidade ativa do Ministério Público para propor Ação Civil Pública em defesa de direito indisponível, como é o direito à saúde e à vida. Precedentes: REsp 296905/PB e REsp 442693/RS. 3. A questão resolve-se pelo art. 127 da Constituição, segundo o qual “o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”. 4. Da análise detida dos autos, verifica-se que os interesses tutelados são inquestionavelmente interesses individuais indisponíveis. Busca-se, com efeito, tutelar os direitos à vida e à saúde de que tratam os arts. 5º, caput e 196 da Constituição em favor de menor gestante com sérios riscos de aborto repentino. A legitimidade ativa, portanto, se afirma, não por se tratar de tutela de direitos individuais homogêneos, mas por se tratar de interesse individual indisponível. 5. O Estado, ao se negar a proteger a realizar a internação compulsória nas circunstâncias dos autos, omitindo-se em garantir o direito fundamental à saúde, humilha a cidadania, descumpra o seu dever constitucional e ostenta prática violenta de atentado à dignidade humana e à vida. 6. Recurso Especial do Ministério Público do Estado de São Paulo provido. (BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n. 1.730.852/SP. Relator: Ministro Herman Benjamin. Segunda Turma, julgado em 2 out. 2018. **Diário da Justiça Eletrônico**, Brasília, DF, publicação em 28 nov. 2018)

Na mesma linha, a Lei Federal nº 8.625/1993, conhecida como Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, estabelece em seu art. 25 que incumbe ao Ministério Público promover ação civil pública “para a proteção, prevenção e reparação dos danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, aos bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico, e a outros interesses difusos, coletivos e individuais indisponíveis e homogêneos” (art. 25, inc. IV, alínea “a”). Esse dispositivo reafirma, portanto, a legitimidade ativa do *parquet* para o ajuizamento de ações de internação psiquiátrica, uma vez que tais demandas visam à proteção de direito individual indisponível.

Outra previsão legal normalmente invocada pelo Ministério Público de Minas Gerais para corroborar sua legitimidade ativa nas ações de internação psiquiátrica de pessoas com transtorno mental é o § 3º do art. 79 do Estatuto da Pessoa com Deficiência²²⁴. Esse dispositivo estabelece que o Ministério Público adotará as medidas necessárias para assegurar os direitos previstos na referida lei, entre os quais se incluem, no Título II (“Dos Direitos Fundamentais”), o direito à vida e o direito à saúde.

Como mencionado no início deste item, admite-se, em determinadas situações, que um sujeito atue como parte em um processo defendendo direito alheio, na condição de legitimado extraordinário. É exatamente o que ocorre quando o Ministério Público ajuíza a ação de internação psiquiátrica, momento em que atua em defesa dos interesses da pessoa com transtorno por uso de substâncias, titular dos direitos judicialmente requeridos.

Registre-se, por fim, que, na hipótese de o Ministério Público não figurar como parte autora, deverá acompanhar o feito na condição de fiscal da ordem jurídica, nos termos do art. 176 do Código de Processo Civil²²⁵, assegurando a regularidade procedimental e protegendo os interesses individuais indisponíveis debatidos no processo.

3.2.2.2 Legitimidade passiva

Passando à legitimidade passiva, como adiantado no item 3.2.1, os sujeitos que normalmente figuram como réus nos processos objeto desta pesquisa são: a pessoa com transtorno por uso de substância, o Município de Belo Horizonte e o Estado de Minas Gerais.

²²⁴ Art. 79. O poder público deve assegurar o acesso da pessoa com deficiência à justiça, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, garantindo, sempre que requeridos, adaptações e recursos de tecnologia assistiva. (...) § 3º A Defensoria Pública e o Ministério Público tomarão as medidas necessárias à garantia dos direitos previstos nesta Lei.

²²⁵ Art. 176. O Ministério Público atuará na defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses e direitos sociais e individuais indisponíveis.

Em relação à pessoa com transtorno por uso de substâncias, ainda que ela seja a beneficiária da tutela buscada com o ajuizamento da ação de internação, deve figurar no polo passivo da demanda, de forma semelhante ao que acontece nas ações de curatela. A sua inclusão no polo passivo viabiliza a sua citação e o exercício do contraditório, permitindo que manifeste eventual oposição ao tratamento psiquiátrico hospitalar. Caso não constitua advogado, deverá ser nomeado curador especial, a quem competirá a defesa de seus interesses no processo.

A respeito da citação e possibilidade de impugnação do pedido, devem ser aplicados, por analogia, os art. 751, *caput*, e o art. 752, § 2º, do Código de Processo Civil, transcritos a seguir:

Art. 751. O interditando será citado para, em dia designado, comparecer perante o juiz, que o entrevistará minuciosamente acerca de sua vida, negócios, bens, vontades, preferências e laços familiares e afetivos e sobre o que mais lhe parecer necessário para convencimento quanto à sua capacidade para praticar atos da vida civil, devendo ser reduzidas a termo as perguntas e respostas.

Art. 752. Dentro do prazo de 15 (quinze) dias contado da entrevista, o interditando poderá impugnar o pedido.

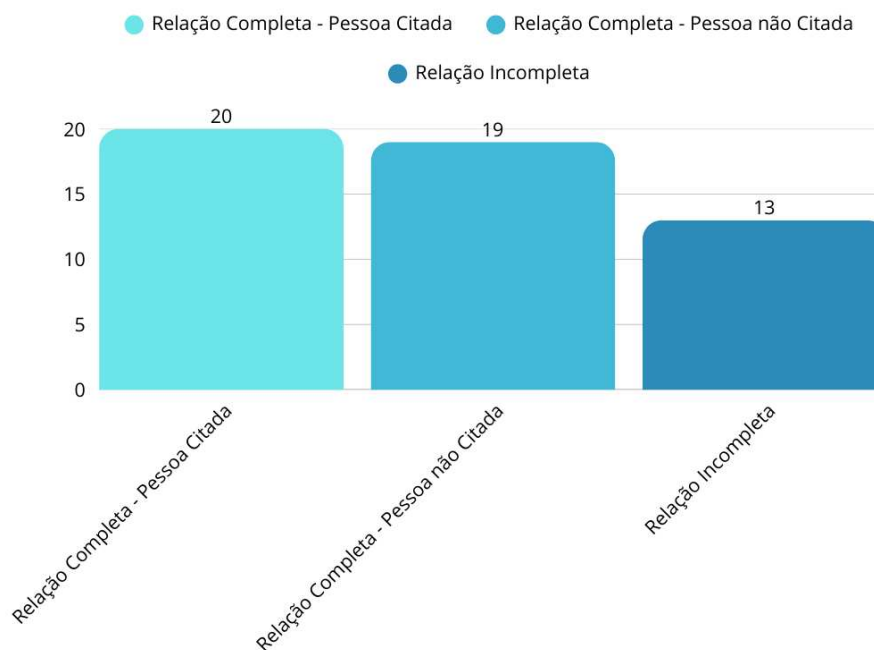
(...)

§ 2º O interditando poderá constituir advogado, e, caso não o faça, deverá ser nomeado curador especial.

Voltando para a amostra examinada, no que se refere à citação e à eventual nomeação de curador especial para a pessoa com transtorno por uso de substâncias, das 52 ações, 39 foram consideradas com a relação processual completa²²⁶. Entre esses 39 feitos, constatou-se que apenas em 20 deles a pessoa com transtorno mental por uso de substância foi formalmente citada.

²²⁶ Considerando o teor do art. 238 do CPC, que define a citação como o ato pelo qual se convoca o réu, o executado ou o interessado para integrar a relação processual, adotou-se, para os fins desta pesquisa, como critério de completude da relação jurídica a existência de pelo menos um integrante do polo passivo validamente citado.

Gráfico 3 – Ações com relação processual completa e citação da pessoa a ser internada

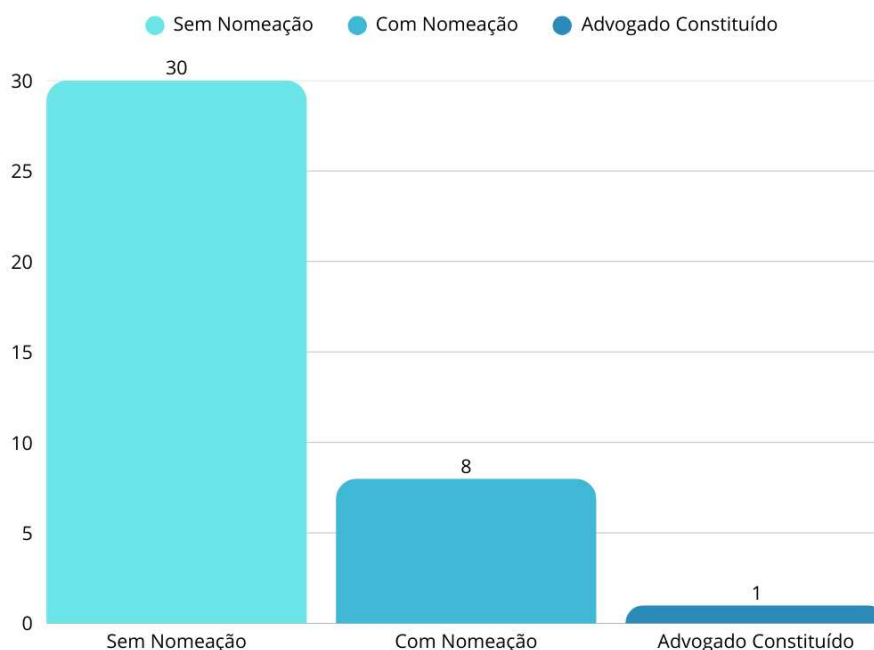


Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

Especificamente quanto à nomeação de curador especial ou advogado dativo para a pessoa a ser internada, esse procedimento foi identificado em apenas 8 ações, todas pertencentes ao conjunto de 39 processos em que a relação processual se encontrava completa. Considerando que essa nomeação é uma providência esperada justamente nas ações que tenham se desenvolvido a esse ponto, destaca-se que ela foi efetivamente adotada em apenas 20,51% dessa parcela.

É relevante se mencionar, ainda, um caso adicional em que a pessoa com transtorno por uso de substância foi representada nos autos, mas não por curador especial ou advogado dativo, ela foi citada e constituiu advogado nos autos, correspondendo a 2,5% do conjunto de ações com relação processual completa.

Gráfico 4 – Representação jurídica: curador especial, advogado dativo ou constituído

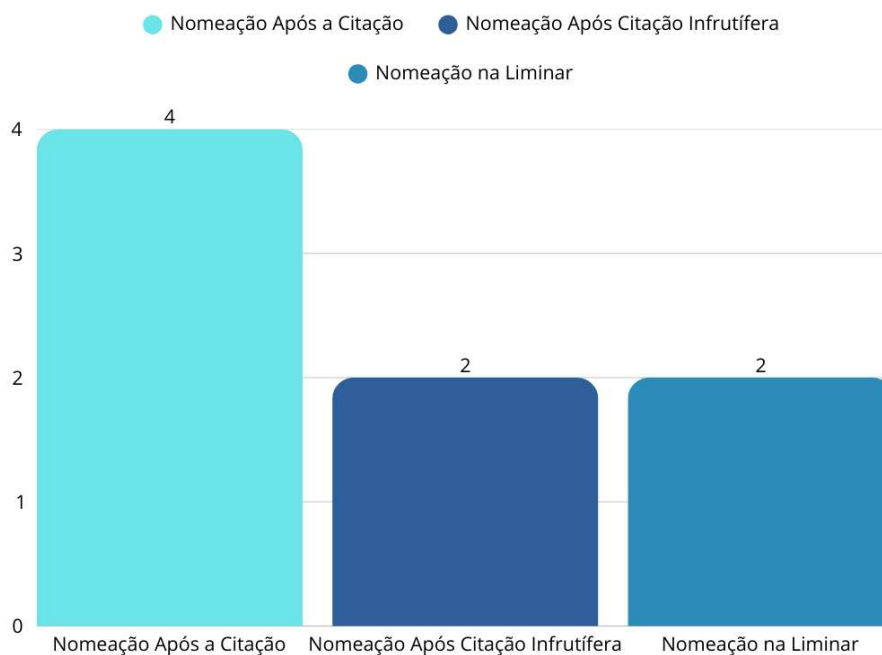


Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

Dos 8 processos em que houve a nomeação de curador especial ou advogado dativo, em 4 casos a nomeação ocorreu após a citação da pessoa com transtorno por uso de substâncias e a verificação de que não havia sido apresentada defesa. Nos outros 4, a nomeação foi realizada sem que a pessoa tivesse sido previamente citada.

Entre essas 4 ações em que houve nomeação de curador especial ou advogado dativo sem prévia citação da pessoa a ser internada, em 2 delas houve tentativa de citação, mas sem sucesso. Nas outras 2, a nomeação foi realizada diretamente na decisão a respeito da tutela de urgência para a internação, sem qualquer tentativa anterior de citação.

Gráfico 5 – Condições de nomeação de curador especial/advogado dativo



Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

A partir de todas essas informações, é possível concluir que das 20 ações em que houve a citação da pessoa a ser internada, apenas em 4 foi nomeado curador especial em seu favor, providência que, considerando a falta de apresentação de defesa, deveria ter sido adotada em todas as demais, exceto no caso já mencionado, em que a própria pessoa constituiu advogado.

Verifica-se também que em 2 ações com tentativas frustradas de citação não se observou a formalidade prevista no art. 72, inciso II, do CPC²²⁷, consistente na citação por edital ou com hora certa antes da nomeação de curador especial ou advogado dativo. Além disso, em outras 2 ações sequer houve tentativa de citação, situação que, embora tenha resultado na nomeação de curador especial ou advogado dativo, privou a pessoa a ser internada da oportunidade de escolher e constituir advogado de sua confiança.

Nesse ponto, convém recordar dois dos três eixos propostos neste trabalho para aferir a natureza paternalista de um ato: (1) o perfil do sujeito da ação; (2) o grau de respeito a sua autonomia.

Em relação ao primeiro eixo, recorde-se que a intervenção protetiva deve se dirigir exclusivamente aos suscetíveis e, principalmente, aos vulnerados que não disponham de meios próprios para se proteger. A respeito do segundo, para que uma ação seja considerada protetiva, e não paternalista, ela deve acontecer com o consentimento da pessoa a ser protegida,

²²⁷ Art. 72. O juiz nomeará curador especial ao: (...) II - réu preso revel, bem como ao réu revel citado por edital ou com hora certa, enquanto não for constituído advogado.

excetuadas situações de emergências sanitárias ou quando o sujeito não possui aptidão de consentir.

Tendo esses critérios em mente e considerando o baixo percentual de citações realizadas às pessoas a serem internadas (51,28% dos feitos com relação completa), assim como os problemas apontados acima com a nomeação de curador especial ou advogado dativo sem sequer se tentar a citação ou com a inobservância dos trâmites previstos no art. 72 do CPC, torna-se evidente o comprometimento do exercício do direito de defesa das pessoas com transtorno por uso de substância envolvidas. Esses elementos permitem identificar um viés paternalista na atuação do Poder Judiciário em tais situações, na medida em que inviabilizam que a pessoa com transtorno por uso de substância fosse efetivamente chamada ao processo ou tenha sua autonomia minimamente considerada.

Superado esse ponto, no que se refere ao Município de Belo Horizonte e ao Estado de Minas Gerais, ambos os entes possuem legitimidade para figurar no polo passivo, seja de forma isolada, seja em litisconsórcio²²⁸.

Isso porque, nos termos do art. 196 da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, e, conforme o art. 23, inciso II, também do texto constitucional, trata-se de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”.

A execução desse dever é organizada por meio do Sistema Único de Saúde, estruturado como rede regionalizada e hierarquizada, orientada pelos princípios da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, e da integralidade do atendimento (art. 198, incisos I e II²²⁹). Em desenvolvimento desse modelo, a Lei nº 8.080/1990 dispõe que o SUS é composto pelas ações e serviços de saúde prestados pelos entes federativos (art. 4º²³⁰), distribuindo atribuições administrativas entre a União, responsável pela formulação de políticas, normatização e financiamento (art. 16²³¹), os Estados, incumbidos da coordenação regional e

²²⁸Nos termos do art. 113 do Código de Processo Civil, duas ou mais pessoas podem litigar conjuntamente no mesmo processo, seja no polo ativo (parte autora), seja no polo passivo (parte ré), configurando-se, assim, o litisconsórcio.

²²⁹ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

²³⁰ Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

²³¹ Art. 16. À direção nacional do SUS compete: I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; II - participar na formulação e na implementação das políticas: a) de controle das agressões ao meio ambiente; b) de saneamento básico; e c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho; III - definir e coordenar os sistemas: a) de redes integradas de assistência de alta complexidade; b) de rede de laboratórios de saúde pública; c) de

da execução de ações de maior complexidade (art. 17²³²), e os Municípios, aos quais compete a execução direta das ações e serviços de saúde no âmbito territorial (art. 18²³³). A garantia do direito à saúde, portanto, pressupõe atuação articulada e cooperativa entre os entes.

vigilância epidemiológica; e d) vigilância sanitária; IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana; V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador; VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica; VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios; VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano; IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde; X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais; XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde; XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde; XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal; XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais; XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal; XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

²³² Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete: I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS); III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) de vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; e c) de alimentação e nutrição; d) de saúde do trabalhador; e) de saúde bucal; V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho; VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde; IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa; XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde; XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano; XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

²³³ Art. 18. À direção municipal do SUS compete: I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual; III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; IV - executar serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; d) de saneamento básico; e d) de saneamento básico; e) de saúde do trabalhador; f) de saúde bucal; V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde; VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las; VII - formar consórcios administrativos intermunicipais; VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem

Nesse contexto, é possível que, em determinadas situações, o custeio da internação recaia sobre ente diverso daquele a quem compete administrativamente. Nesses casos, a recomposição financeira deve observar a repartição de responsabilidades prevista no SUS, mediante ressarcimento pelo ente efetivamente responsável²³⁴.

3.2.3 Objeto da ação de internação psiquiátrica compulsória

Em poucas palavras, o objeto de uma ação é aquilo sobre o que irá incidir o pronunciamento judicial²³⁵. Para identificar o objeto do processo, exige-se que o autor, na petição inicial, formule o pedido com todas as suas especificações²³⁶, enquanto o réu deve, na contestação, apresentar toda a sua matéria de defesa, expondo as razões de fato e de direito pelas quais impugna a pretensão deduzida em juízo²³⁷.

Fixados os limites do pedido, o juiz deve proferir sua decisão dentro da delimitação definida pelas partes, exceto nas hipóteses em que a lei dispensa a iniciativa da parte e autoriza o conhecimento de ofício de determinadas matérias²³⁸. Assim, o juiz não poderá proferir decisão de natureza diversa do que foi pedido, deferindo uma medida diferente da que foi requerida²³⁹.

Como visto anteriormente, mais especificamente no item 2.2.1, a internação psiquiátrica somente deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, conforme dispõe o art. 4º da Lei nº 10.216/2001, razão pela qual constitui, por definição, modalidade de tratamento hospitalar. Nessa perspectiva, e de acordo com o conceito de “internação” estabelecido pela Lei da Reforma Psiquiátrica, as ações de internação psiquiátrica

como controlar e avaliar sua execução; XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

²³⁴ Por meio do Tema 793 o Supremo Tribunal Federal fixou a seguinte tese a respeito da responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde: “os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro”. (BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 855.178/SE. Relator: Ministro Luiz Fux. Julgado em 26 set. 2019. **Diário da Justiça Eletrônico**, Brasília, DF, 30 set. 2019. Tema 793 da Repercussão Geral)

²³⁵ THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de direito processual civil...** p.147.

²³⁶ De acordo com o Código de Processo Civil: Art. 319. A petição inicial indicará: (...) IV - o pedido com as suas especificações; (...).

²³⁷ De acordo com o Código de Processo Civil: Art. 336. Incumbe ao réu alegar, na contestação, toda a matéria de defesa, expondo as razões de fato e de direito com que impugna o pedido do autor e especificando as provas que pretende produzir.

²³⁸ De acordo com o Código de Processo Civil: Art. 141. O juiz decidirá o mérito nos limites propostos pelas partes, sendo-lhe vedado conhecer de questões não suscitadas a cujo respeito a lei exige iniciativa da parte.

²³⁹ De acordo com o Código de Processo Civil: Art. 492. É vedado ao juiz proferir decisão de natureza diversa da pedida, bem como condenar a parte em quantidade superior ou em objeto diverso do que lhe foi demandado.

têm por objeto a prestação de atenção hospitalar, a ser realizada em leitos de psiquiatria de hospitais gerais ou em serviços hospitalares de referência, conforme previsto na atual redação do art. 10 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

Examinando as ações da amostra selecionada para esta pesquisa é possível perceber que o termo “internação” algumas das vezes não é utilizado da forma prevista pela Lei nº 10.216/2001, existindo uma confusão a respeito desse conceito entre as partes e também entre os julgadores.

Das 52 ações examinadas, 2 formulam pedido de “internação” em Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) voltado para o atendimento de pessoas com transtorno por uso de substância, todas ajuizadas pelo Ministério Público de Minas Gerais. Em Belo Horizonte, ao invés de Centro de Atenção Psicossocial, utiliza-se a nomenclatura Centro de Referência em Saúde Mental, mas se trata de serviços equivalentes. Os pedidos eram de “internação” e CERSAM-AD e CERSAM-AD III, o que corresponde, como intuitivo, ao CAPS AD e CAPS-AD III.

Embora se reconheça que não existe impedimento para que se formule pedido de acolhimento da pessoa com transtorno por uso de substâncias em ambiente ambulatorial, quando essa for a medida mais adequada ao seu quadro clínico, esse processo não deve ser classificado como ação de internação compulsória. Trata-se, na realidade, de ação obrigação de fazer, consistente na oferta de acolhimento ambulatorial destinado ao tratamento psiquiátrico.

Conforme será detalhado no item 3.3.2, 5 das decisões que deferiram tutela de urgência para internação foram, na prática, cumpridas em ambiente ambulatorial do Sistema Único de Saúde. Dentre essas ações, 2 já haviam sido ajuizadas com pedido expresso de “internação” em ambiente ambulatorial. Nas outras 3, contudo, a medida foi executada em desconformidade com os limites do pedido formulado na petição inicial.

Em outros 5 processos, a tutela de urgência foi executada em instituições particulares, clínicas ou comunidades terapêuticas. O cumprimento da tutela de urgência em clínicas particulares ou comunidades terapêuticas será analisado em detalhes no capítulo seguinte, no item 4.1. Aqui, importa apenas registrar que a efetivação dessas medidas ocorreu mediante bloqueio judicial de recursos públicos, diante da inércia dos réus em cumprir a decisão. Os orçamentos apresentados para justificar o bloqueio eram significativamente inferiores ao custo de uma internação psiquiátrica hospitalar, e o juiz adotou como parâmetro o menor valor, sem verificar se o serviço ofertado correspondia, de fato, a tratamento psiquiátrico de natureza

hospitalar. Trata-se, portanto, de mais um ponto de desatenção com o objeto da ação de internação psiquiátrica compulsória.

Nesse contexto, a análise das ações evidencia a necessidade de maior precisão conceitual e de rigor jurídico na definição do termo “internação”, a fim de orientar a formulação adequada do pedido, permitir sua correta apreciação judicial e assegurar que, se deferida, a medida seja executada em conformidade com os parâmetros estabelecidos pela Lei da Reforma Psiquiátrica.

Aqui é importante retomar o primeiro e o terceiro eixos de distinção entre atos protetivos e paternalistas, relativos ao perfil do sujeito da intervenção e à finalidade que a orienta. Para que uma ação seja qualificada como genuinamente protetiva, sua finalidade deve consistir em assegurar condições para que o sujeito suscetível ou vulnerado desenvolva suas próprias potencialidades, de modo a restabelecer ou ampliar sua capacidade de autodeterminação e, prospectivamente, reduzir a necessidade de novas intervenções externas.

Considerando esse critério, torna-se essencial que o objeto da ação de internação psiquiátrica esteja claramente definido e que a medida seja direcionada apenas às pessoas que efetivamente necessitam de tratamento em ambiente hospitalar. Quando o caso demandar apenas cuidados ambulatoriais, o caminho juridicamente adequado é o ajuizamento de uma ação de obrigação de fazer comum, o que evita confusões conceituais e previne violações de direitos das pessoas com transtorno por uso de substâncias

A finalidade da intervenção deve, ainda, orientar o julgador na análise do local em que o tratamento será realizado. A falta de atenção com esse aspecto pode levar à adoção de medidas que, sob o pretexto de oferecer proteção, acabam violando direitos fundamentais da pessoa com transtorno por uso de substâncias. Isso porque, quando o ambiente selecionado não atende às exigências próprias de um tratamento psiquiátrico hospitalar, corre-se o risco de transformar uma medida que poderia ser autenticamente protetiva em uma medida paternalista e potencialmente prejudicial.

3.2.4 Tramitação em segredo de justiça e atribuição de sigilo a documentos do processo

Em cinco dos processos que compõem a amostra desta pesquisa foi formulado pedido para que o feito tramitasse em segredo de justiça, o que, como intuitivo, não aconteceu. Em um dos processos, o pedido de segredo de justiça foi expressamente indeferido, nos demais casos, o requerimento não chegou a ser apreciado pelo juízo.

Em dois processos é possível identificar, a partir do teor de algumas das petições, que determinados documentos foram juntados aos autos de forma sigilosa. A respeito da possibilidade de se atribuir sigilo a alguns dos documentos inseridos no Processo Judicial Eletrônico (PJE), o Tribunal de Justiça de Minas Gerais Esclarece que:

O sistema PJe permite atribuir sigilo a determinados documentos, tanto em autos que tramitam publicamente quanto naqueles que tramitam em segredo de justiça. Além de visíveis para os servidores lotados no órgão julgador onde tramitam os autos, os documentos sigilosos podem ter sua visibilidade ajustada para que sejam acessíveis às pessoas cadastradas nos autos, bem como àquelas que, mesmo não estando formalmente cadastradas, possuam expedientes abertos no processo.²⁴⁰

No que se refere à juntada de documentos sob sigilo, cumpre registrar que, conforme verificado no manuseio das ferramentas do PJE, nem sempre é possível afirmar com segurança, apenas pelas informações disponibilizadas pelo sistema, se existe nos autos documento anexado em caráter sigiloso. Por essa razão, em vez de responder à pergunta “os documentos médicos foram anexados sob sigilo?”, constante da tabela de coleta de dados do Anexo B, mostra-se mais adequado formular o seguinte questionamento: “existe nos autos documentação que exponha a intimidade da pessoa a ser internada?”.

Partindo desse critério, verifica-se que todas as 52 ações analisadas contêm documentos e informações altamente sensíveis, não apenas relativos à saúde, mas também a aspectos íntimos da vida das pessoas envolvidas e de seus familiares, incluindo relatos de agressões, violência doméstica e até violência sexual.

Embora a publicidade dos atos processuais constitua a regra geral, prevista tanto na Constituição Federal (art. 93, IX e X²⁴¹) quanto no Código de Processo Civil (art. 11 e art. 189²⁴²), ambas as normas preveem exceções. O art. 5º, LX, dispõe que “a lei só poderá restringir a publicidade dos atos processuais quando a defesa da intimidade ou o interesse social o exigirem”. Por sua vez, o Código de Processo Civil, em seu art. 189, III, prevê a possibilidade

²⁴⁰TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (TJMG). **Guia de sigilo de documentos no PJe**. Belo Horizonte, 27 maio 2024.

²⁴¹ Art. 93. Lei complementar, de iniciativa do Supremo Tribunal Federal, disporá sobre o Estatuto da Magistratura, observados os seguintes princípios: (...) IX todos os julgamentos dos órgãos do Poder Judiciário serão públicos, e fundamentadas todas as decisões, sob pena de nulidade, podendo a lei limitar a presença, em determinados atos, às próprias partes e a seus advogados, ou somente a estes, em casos nos quais a preservação do direito à intimidade do interessado no sigilo não prejudique o interesse público à informação; X as decisões administrativas dos tribunais serão motivadas e em sessão pública, sendo as disciplinares tomadas pelo voto da maioria absoluta de seus membros.

²⁴²Art. 11. Todos os julgamentos dos órgãos do Poder Judiciário serão públicos, e fundamentadas todas as decisões, sob pena de nulidade.

Art. 189. Os atos processuais são públicos, todavia tramitam em segredo de justiça os processos: (...).

de tramitação em segredo de justiça nas ações “em que constem dados protegidos pelo direito constitucional à intimidade”.

Nessa perspectiva, considerando a natureza sensível das informações tratadas nas ações de internação psiquiátrica compulsória e a previsão legal de tramitação em segredo de justiça nessas situações, o mais adequado seria que essas ações tivessem tramitado em segredo, de modo a resguardar a intimidade e a dignidade das pessoas envolvidas.

É de se esclarecer, ainda, que a simples juntada de documentos em caráter sigiloso, quando realizada em processos que tramitam publicamente, não se revela medida suficiente para resguardar a privacidade da pessoa com transtorno por uso de substâncias e de seus familiares. Nos 2 casos em que se identificou a adoção desse procedimento, foi possível inferir, a partir de outros documentos acessíveis nos autos, o conteúdo da documentação supostamente protegida, o que evidencia a limitação dessa ferramenta para tutelar de forma efetiva a intimidade das pessoas envolvidas em situações tão sérias quanto as tratadas na amostra selecionada para esta pesquisa.

3.2.5 Desnecessidade de ajuizamento prévio de ação de curatela e impossibilidade de cumulação de pedidos

Conforme já abordado no item 2.1.4, a instituição de curatela não é uma exigência para a formulação do pedido de internação psiquiátrica compulsória, bastando a demonstração de risco de morte e de emergência em saúde, nos termos do art. 13 do Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Na realidade, o fato de alguém possuir capacidade civil plena não assegura, necessariamente, que esteja apto a consentir sobre determinado tratamento de saúde. Pode se tratar de pessoa cuja incapacidade ainda não foi formalmente reconhecida ou que, por circunstância momentânea, encontra-se com o discernimento reduzido para avaliar a terapêutica proposta.

O inverso também é verdadeiro, a decretação de incapacidade relativa em ação de curatela não implica, automaticamente, que a pessoa deva ser representada em suas decisões relacionadas à saúde. Até porque a limitação identificada judicialmente pode não afetar a aptidão de consentir acerca de tratamentos médicos, ficando esse tipo de escolha existencial fora da abrangência da curatela, o que, inclusive, deveria ser a regra, como estabelece o art. 85 do Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Dessa forma, conclui-se que não é necessária a prévia instituição de curatela para o ajuizamento da ação de internação compulsória.

A respeito de cumulação do pedido de nomeação de curador e de internação psiquiátrica compulsória, a jurisprudência do Tribunal de Justiça de Minas Gerais apresenta posicionamentos divergentes. Alguns julgados admitem a cumulação das pretensões de, como, por exemplo, os agravos de instrumento nº 1.0672.13.018856-4/001²⁴³ e nº 1.0647.14.003288-7/001²⁴⁴. Outros, porém, afastam essa possibilidade, como aconteceu no julgamento da apelação nº 1.0000.18.072652-3/001²⁴⁵ e do agravo nº 1.0024.14.121604-4/001²⁴⁶.

Neste trabalho se adota o entendimento que a cumulação se mostra juridicamente incabível. Isso porque, para além das considerações feitas acima e no item 2.1.4, trata-se de

²⁴³ EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO - AÇÃO DE INTERDIÇÃO C/C INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA - QUESTÕES RELATIVAS AO ESTADO DA PESSOA - POSSIBILIDADE DE CUMULAÇÃO PERANTE O JUÍZO DE FAMÍLIA - AUSÊNCIA DE PROVA INEQUÍVOCA DA VEROSSIMILHANÇA DAS ALEGAÇÕES - NECESSIDADE DE PRODUÇÃO DE LAUDO MÉDICO PORMENORIZADO - LEI FEDERAL N. 10.216/2001 - INDEFERIMENTO DA TUTELA ANTECIPADA - REFORMA DA DECISÃO - DETERMINAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA - ART. 130, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. 1. Sendo certo que os pleitos de interdição e de internação compulsória referem-se ao estado da pessoa, não se há de afastar a possibilidade de cumulação dos objetos perante o juízo especializado de família. [...] (MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Agravo de Instrumento Cível nº 1.0672.13.018856-4/001**. Relator: Corrêa Junior. 6ª Câmara Cível. Julgado em 29 jul. 2014. Publicação da súmula em 12 ago. 2014.)

²⁴⁴ EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO - PRELIMINARES DE INCOMPETÊNCIA ABSOLUTA, INÉPCIA DA INICIAL, IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA DO PEDIDO, ILEGITIMIDADE PASSIVA, FALTA DE INTERESSE DE AGIR E NULIDADE DA DECISÃO AGRAVADA - REJEIÇÃO - PRESTAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE - SOLIDARIEDADE DOS ENTES FEDERADOS - INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA COMPULSÓRIA - TRATAMENTO EXCEPCIONAL - PRESENÇA DE LAUDO MÉDICO CIRCUNSTANCIADO ATESTANDO A FALÊNCIA DE OUTRAS ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS MENOS GRAVOSAS AO PACIENTE - RECURSO DESPROVIDO. [...] 3. Afigura-se perfeitamente possível a cumulação dos pedidos de interdição e de internação compulsória, porquanto conexos, afinal, a causa de pedir de ambos guarda correspondência com o quadro de dependência química do paciente, podendo ambos serem conhecidos pelo juízo da Vara de Família. [...] (MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Agravo de Instrumento Cível nº 1.0647.14.003288-7/001**. Relator: Pedro Bitencourt Marcondes. 8ª Câmara Cível. Julgado em 5 jun. 2014. Publicação da súmula em 11 jun. 2014.)

²⁴⁵ APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - CUMULAÇÃO DE PEDIDOS - INTERDIÇÃO E INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA - IMPOSSIBILIDADE - JUÍZOS NÃO COINCIDENTES E PROCEDIMENTOS DISTINTOS - EXTINÇÃO DO PROCESSO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO - SENTENÇA CONFIRMADA. - A cumulação de pedidos em um único processo é permitida pela legislação processual civil, em seu artigo 327, quando há compatibilidade entre eles, identidade de competência para o conhecimento de todos eles, e utilização do mesmo procedimento. - É inviável a cumulação dos pedidos de interdição e internação compulsória, pois eles são processados em Juízos não coincidentes e por meio de procedimentos legais específicos. (MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Apelação Cível nº 1.0000.18.072652-3/001**. Relator: Wilson Benevides. 7ª Câmara Cível. Julgado em 17 out. 2018. Publicação da súmula em 22 out. 2018.)

²⁴⁶ EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO. INTERDIÇÃO E INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. ESTADO DE MINAS GERAIS COMO LITISCONSORTE. VARA DE FAMÍLIA. IMPOSSIBILIDADE DA CUMULAÇÃO DE PEDIDOS. - É incabível a cumulação dos pedidos de interdição e de internação compulsória perante Vara de Família, quando é litisconsorte necessário o Estado de Minas Gerais, que dispõe de vara privativa (da Fazenda Pública) que, por sua vez, não tem competência para julgar ação de interdição. - Recurso desprovido. (MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Agravo de Instrumento Cível nº 1.0024.14.121604-4/001**. Relator: Alyrio Ramos. 8ª Câmara Cível. Julgado em 13 nov. 2014. Publicação da súmula em 24 nov. 2014.)

pretensões que devem ser direcionadas a juízos de competências diversas: a nomeação de curador tramita perante a Vara de Família e a internação em Vara Cível comum, ou em Vara Fazendária de acordo com o polo passivo. Essa característica inviabiliza a reunião dos requerimentos em uma única ação, nos termos do art. 327, §1º, inc. II, do CPC²⁴⁷.

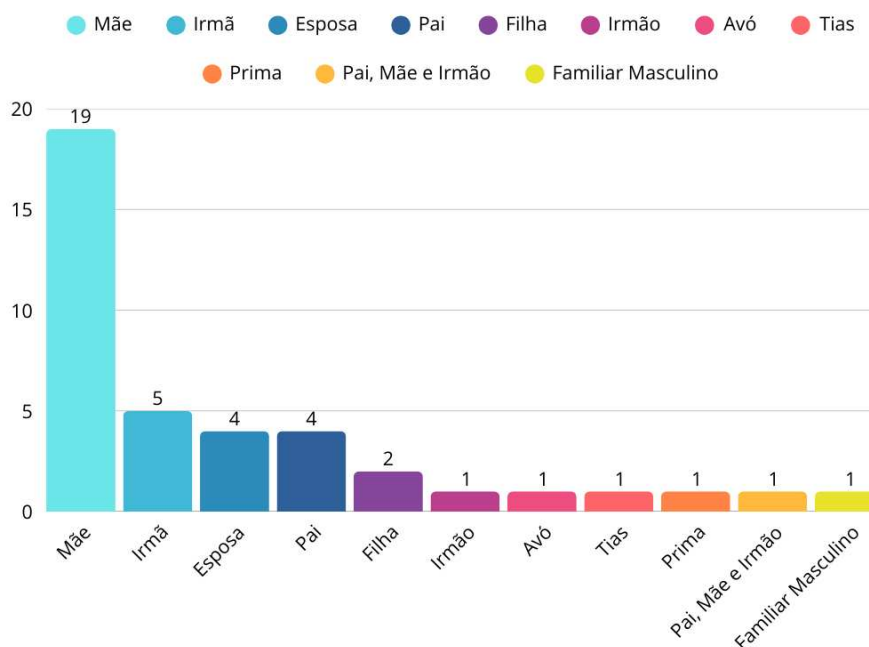
3.3 Apresentação e análise dos demais dados coletados

3.3.1 Perfil das pessoas envolvidas

Como dito anteriormente, as ações de internação psiquiátrica compulsória foram majoritariamente ajuizadas por familiares da pessoa a ser internada.

Entre os 40 processos ajuizados por familiares, nota-se que 19 foram propostas pela mãe da pessoa a ser internada (47,5%), 5 pela irmã (12,5%), 4 pela esposa (10%), 4 pelo pai (10%), 2 pela filha (5%), 1 pelo irmão (2,5%), 1 pela avó (2,5%), 1 por tias (2,5%), 1 pela prima (2,5%), além de 1 feito promovido conjuntamente pelo pai, mãe e irmão (2,5%). Registra-se, ainda, 1 demanda proposta por familiar do sexo masculino cujo grau de parentesco não foi possível identificar (2,5%).

Gráfico 6 – Parentesco dos autores das ações de internação compulsória

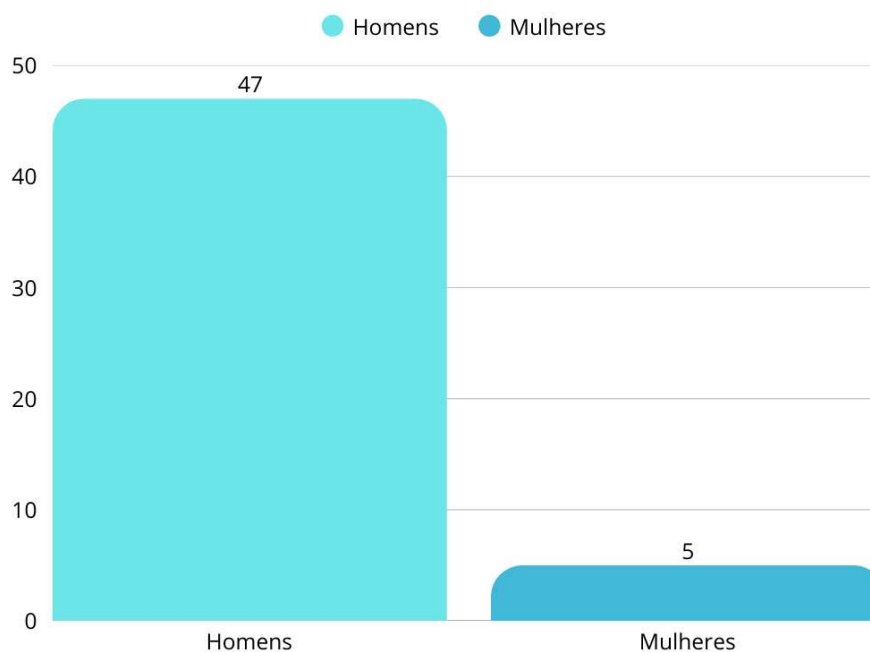


Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

²⁴⁷ Art. 327. É lícita a cumulação, em um único processo, contra o mesmo réu, de vários pedidos, ainda que entre eles não haja conexão. § 1º São requisitos de admissibilidade da cumulação que: (...) II - seja competente para conhecer deles o mesmo juízo;

Quanto às pessoas com transtorno por uso de substância que se pretendia internar, das 52 ações da amostra selecionada, 47 eram do sexo masculino (90,38%) e 5 eram do sexo feminino (9,62%). Verifica-se, portanto, que a internação compulsória é uma medida buscada, majoritariamente, para homens.

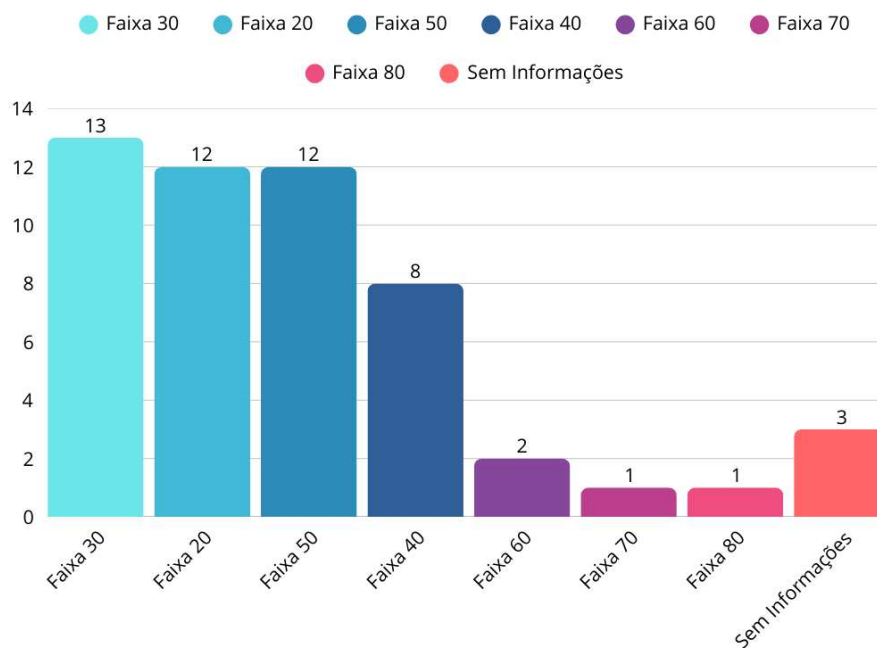
Gráfico 7 – Gênero das pessoas a serem internadas



Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

A análise de idade das pessoas com transtorno por uso de substância envolvidas nas 52 ações revela que o grupo mais representativo foi o de pessoas na faixa de etária de 30 anos, com 13 casos no total (25%). Em seguida, aparecem as pessoas na faixa dos 20 anos e 50 anos, ambas com 12 casos cada (23,08%), e na faixa dos 40 anos, com 8 registros (15,38%). Os grupos etários mais elevados foram menos frequentes: 2 casos na faixa dos 60 anos (3,85%), 1 caso na faixa dos 70 anos (1,92%) e 1 caso na faixa dos 80 anos (1,92%). Por fim, em 3 ações (5,77%) não foi possível identificar a idade da pessoa a ser internada.

Gráfico 8 – Idade das pessoas a serem internadas



Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

Anota-se que não constam, na amostra selecionada, pessoas com menos de 20 anos de idade. Essa circunstância decorre, em grande medida, do fato de a pesquisa ter se restringido à análise de ações de tramitação pública. Considerando a interpretação sistemática da Lei nº 8.069/1990, especialmente dos arts. 100, inciso V, e 143, em consonância com o art. 227 da Constituição Federal e com o art. 189, inciso III, do Código de Processo Civil, demandas envolvendo crianças e adolescentes tendem a tramitar sob sigilo de justiça, com vistas à proteção de sua intimidade e privacidade.

Os dados aqui analisados evidenciam o exercício do dever de solidariedade familiar por meio do ajuizamento da ação de internação psiquiátrica é exercido majoritariamente por parentes do sexo feminino, especialmente as mães, que correspondem a praticamente metade das ações ajuizadas por membros da família (47,5%). Observa-se também que a medida é dirigida predominantemente a homens jovens, o que evidencia um recorte de gênero e faixa etária relevante no perfil dos sujeitos alcançados pelas ações de internação psiquiátrica compulsória.

Nessa linha, Helena Hirata indica que, no contexto brasileiro, o fornecimento de cuidado está fortemente ancorado nas redes sociais, especialmente nas redes familiares, de vizinhança e

em vínculos sociais mais amplos. A família é principal espaço de cuidado, atribuição que recai sobretudo sobre as integrantes do sexo feminino²⁴⁸.

Especificamente no que se refere ao cuidado destinado a pessoas com transtorno mental, a revisão de literatura realizada por Renata Fabiana Pegoraro e Regina Helena Lima Caldana apresenta constatações que dialogam diretamente com os resultados da presente pesquisa. O estudo evidencia o protagonismo de familiares do sexo feminino na prestação de cuidados, atribuição que recai, com frequência, sobre mães, irmãs, avós ou esposas, especialmente no acompanhamento de homens jovens. As autoras apontam, ainda, que essas mulheres muitas vezes acumulam o cuidado de outros familiares adoecidos e/ou de crianças, configurando um cenário de sobrecarga que pode resultar no adoecimento mental das próprias cuidadoras²⁴⁹.

Em relação às substâncias utilizadas pelas pessoas a serem internadas, examinando os 35 processos que apresentaram documento médico indicando internação psiquiátrica²⁵⁰, é possível notar a predominância do uso múltiplo de drogas, presente em 18 deles (51,43%). Além disso, a partir dos relatórios médicos analisados²⁵¹, verifica-se que as substâncias mais frequentemente mencionadas são o álcool (19 ocorrências), o crack (14 ocorrências), cocaína (11 ocorrências) e a maconha (9 ocorrências).

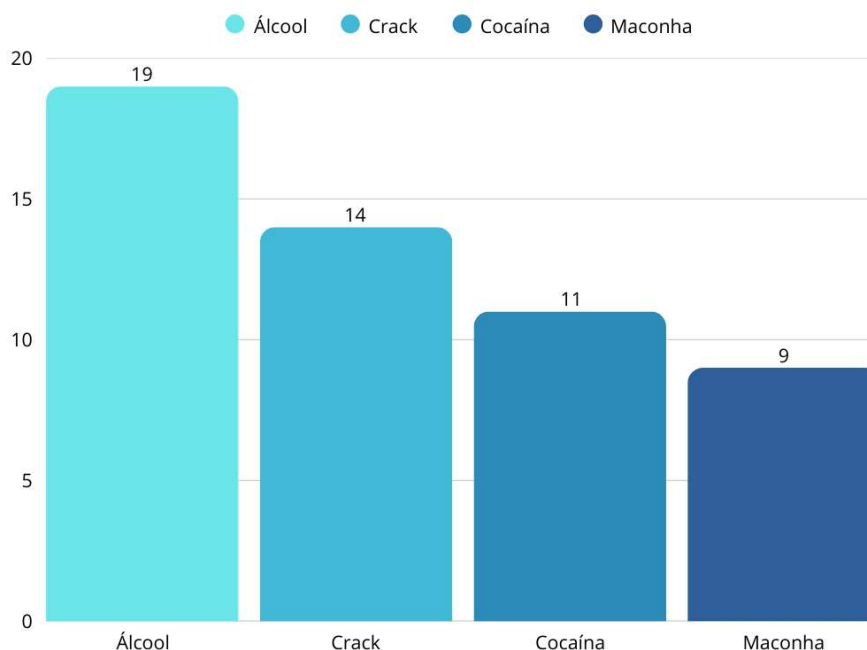
²⁴⁸ HIRATA, Helena. O trabalho de cuidado: comparando Brasil, França e Japão. **Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 13, n. 24, 2016. p. 60.

²⁴⁹ PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena Lima. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, 2008. p. 87/88.

²⁵⁰ A documentação referente à avaliação médica da pessoa a ser internada será abordada no item 3.3.3.

²⁵¹ Para a adoção de um critério objetivo de identificação das substâncias psicoativas utilizadas, elegeu-se o relatório médico como documento de referência, uma vez que os autos costumam conter múltiplos registros que mencionam, de forma dispersa, diferentes drogas.

Gráfico 9 – Substâncias psicoativas mais mencionadas nas indicações de internação



Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

Como se vê, entre as substâncias que motivaram o ajuizamento dessas demandas, destaca-se o álcool, substância lícita e socialmente aceita, mas recorrentemente associada, nos autos, a quadros de uso abusivo, resultando em prejuízo do autocuidado, ruptura de vínculos familiares e sociais, além de situações de risco à própria pessoa ou a terceiros.

3.3.2 Características das decisões sobre a tutela de urgência e do cumprimento das medidas liminares deferidas

No processo civil, a tutela de urgência busca evitar que a parte, diante de elementos que indiquem a probabilidade de seu direito e o risco de dano ou de ineficácia do provimento final, tenha de suportar os prejuízos decorrentes da espera até a sentença para ver sua pretensão acolhida. Trata-se de mecanismo destinado a antecipar ou resguardar os efeitos da futura decisão judicial final, prevenindo lesões irreparáveis ou de difícil reparação durante a tramitação do processo^{252 253}. Quando deferida antes da manifestação da parte ré, ou seja,

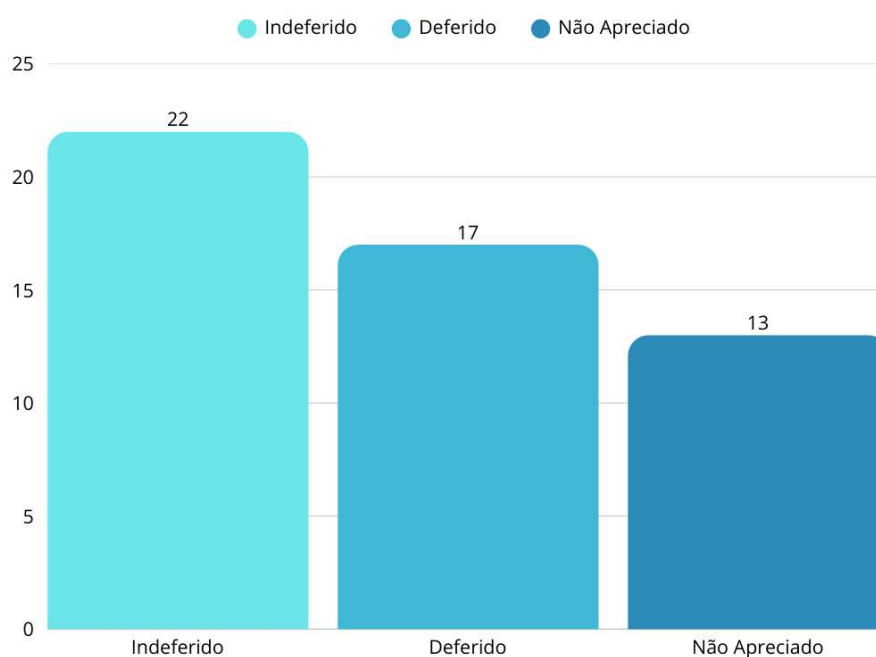
²⁵² THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de direito processual civil...** p.617.

²⁵³ A tutela de urgência é disciplinada pelo art. 300 do Código de Processo Civil, transcrito a seguir: Art. 300. A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo. § 1º Para a concessão da tutela de urgência, o juiz pode, conforme o caso, exigir caução real ou fidejussória idônea para ressarcir os danos que a outra parte possa vir a sofrer, podendo a caução ser dispensada se a parte economicamente hipossuficiente não puder oferecê-la. § 2º A tutela de urgência pode ser concedida liminarmente ou após justificação prévia. § 3º A tutela de urgência de natureza antecipada não será concedida quando houver perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão.

“concedida liminarmente” (art. 300, §2º, CPC), a tutela de urgência pode ser chamada também de medida liminar.

No conjunto das ações de internação psiquiátrica analisadas, verificou-se que o pedido de tutela de urgência foi indeferido em 22 processos (42,31%), deferido em 17 (32,69%) e não apreciado em 13 (25%). Constata-se, portanto, que o indeferimento da medida é predominante nas decisões examinadas.

Gráfico 10 – Decisões judiciais sobre tutela de urgência nas ações examinadas

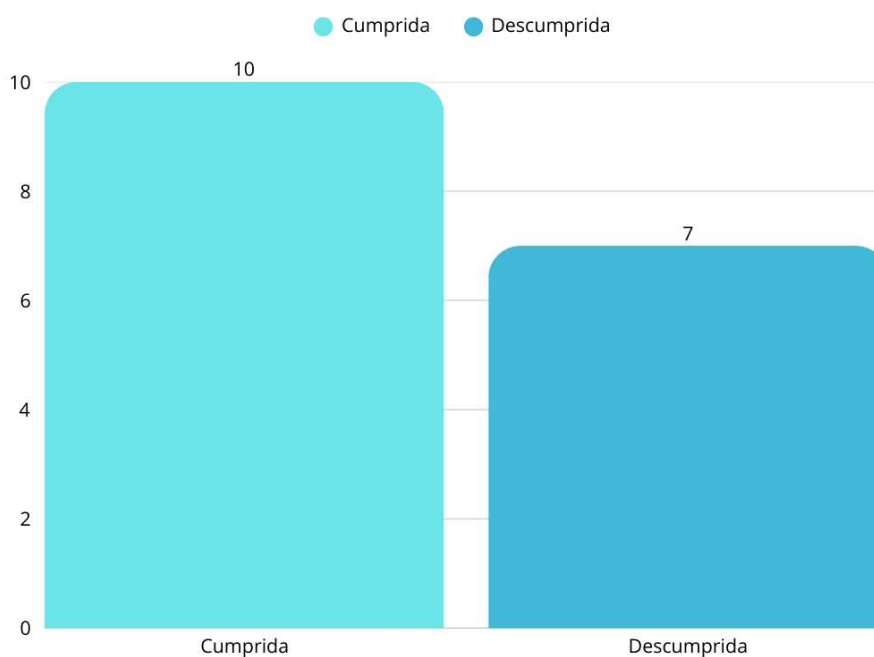


Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

No que se refere ao cumprimento das tutelas de urgência deferidas²⁵⁴, observa-se que, do conjunto de 17 decisões de concessão, a medida foi cumprida em 10 processos (58,8%) e descumprida em 7 (41,2%).

²⁵⁴ Registre-se, aqui, que o critério escolhido para aferir o cumprimento da tutela de urgência nesta pesquisa é verificar se a medida foi considerada cumprida nos autos. Acontece que a natureza da medida concedida muitas das vezes não corresponde a uma internação, o que necessariamente exige tratamento psiquiátrico com características hospitalares (SRH – Serviço Hospitalar de Referência), ponto que já foi abordado no item 2.2.1 deste trabalho e no tópico anterior deste capítulo.

Gráfico 11 – Tutelas de urgências cumpridas e descumpridas



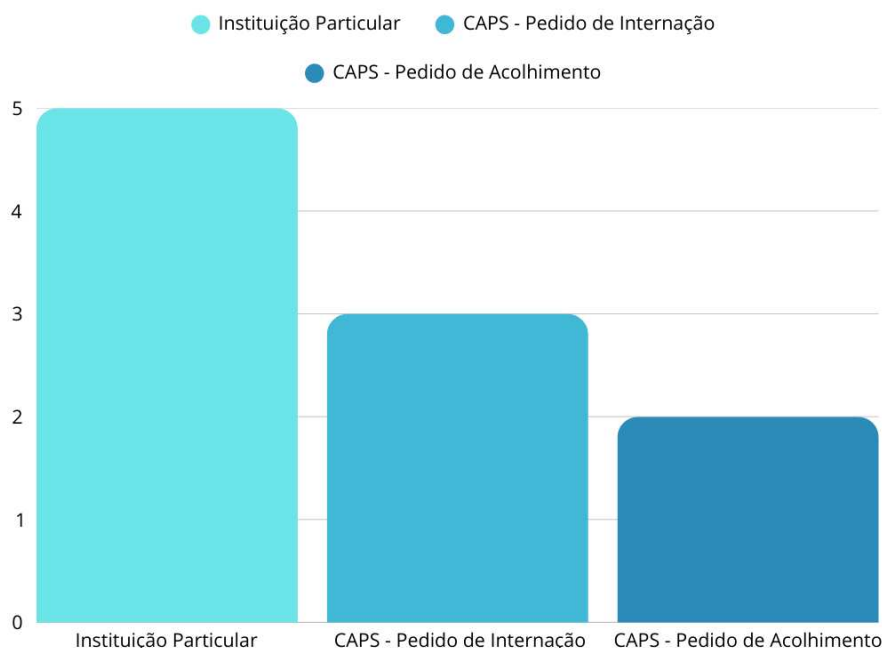
Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

Mesmo entre as 10 decisões de deferimento da tutela de urgência que foram efetivamente cumpridas, é importante destacar que 5 medidas foram implementadas em ambiente ambulatorial do Sistema Único de Saúde, predominantemente no CAPS AD e CAPS AD III (ou CERSAM AD e CERSAM AD III), enquanto as outras 5 foram executadas em instituições particulares, custeadas por meio de bloqueio em contas de titularidade da parte requerida.

Registre-se, ainda, que, das 5 decisões cumpridas em ambiente ambulatorial, em 2 delas a chamada “internação”²⁵⁵ ambulatorial correspondia exatamente ao pedido formulado na petição inicial. Já nos 3 casos restantes o pedido havia sido de tratamento psiquiátrico hospitalar.

²⁵⁵ Como mencionado no item anterior, a lógica da Lei da Reforma Psiquiátrica exige que a internação psiquiátrica ocorra necessariamente em ambiente hospitalar. Assim, quando a parte autora busca apenas um tratamento ambulatorial, o pedido adequado não é a internação compulsória, mas sim uma ação de obrigação de fazer voltada ao acolhimento ou outra forma de cuidado em serviço extra-hospitalar.

Gráfico 12 – Instituição de cumprimento da tutela de urgência



Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

O cumprimento da tutela de urgência em clínicas particulares ou comunidades terapêuticas será analisado mais detalhadamente no capítulo seguinte. Neste momento, basta recordar o que foi pontuado no item 3.2.3, ou seja, que essas medidas foram efetivadas por meio de bloqueio judicial de recursos públicos, diante da inércia dos réus em cumprir a decisão. Os orçamentos apresentados para justificar o bloqueio eram significativamente inferiores ao custo de uma internação psiquiátrica hospitalar, e o juiz adotou o menor valor sem verificar se o serviço ofertado era compatível com tratamento psiquiátrico de natureza hospitalar. Esse ponto voltará a ser abordado no item 4.1.

De todas as tutelas de urgência deferidas e cumpridas, nenhum dos cumprimentos aconteceu em leito hospitalar psiquiátrico da rede pública. Nas situações que o Município de Belo Horizonte indicou a efetivação da medida, eram sempre em ambiente ambulatorial.

Sobre o tempo que demorou para que as medidas fossem cumpridas, as dez ações nas quais isso aconteceu o tempo variou entre 32 dias e 933 dias (2 anos e 203 dias)²⁵⁶. Os intervalos específicos, em ordem crescente e em dias, são: 32, 34, 44, 160, 348, 359, 589, 643, 740, 933 dias. Daí se extrai que a média de tempo entre o deferimento da tutela de urgência e o início do

²⁵⁶ Contando-se a partir da data da decisão sobre a tutela de urgência até o início do tratamento determinado judicialmente. Algumas datas de cumprimento foram identificadas a partir dos documentos que comunicam a efetivação da medida, o que pode não coincidir exatamente com o início do tratamento, mas oferece um parâmetro aproximado para a finalidade desta análise.

tratamento judicialmente determinado é de 388,2 dias, o que corresponde a, aproximadamente, 1 ano e 22 dias.

A respeito dos fundamentos utilizados nas decisões que apreciaram o pedido de tutela de urgência formulados na ação de internação psiquiátrica, quando a medida foi deferida, os fundamentos geralmente apontados foram os seguintes: a ineficácia ou insuficiência das medidas extra-hospitalares; a falta de aderência ao tratamento voluntário; o risco à integridade física do paciente ou de terceiros; a presença de elementos de vulnerabilidade social que tornam o quadro mais grave e aumentam a exposição a danos²⁵⁷.

Nas decisões de indeferimento, os pontos normalmente abordados pelo julgador foram: a falta de relatório médico idôneo, baseado em avaliação direta da pessoa com transtorno por uso de substância, ao invés de redigido com base em documentação prévia e relato de terceiros; não demonstração da insuficiência ou ineficácia das alternativas extra-hospitalares e, portanto, da imprescindibilidade do tratamento hospitalar.

De todas as informações apresentadas acima, nota-se que a tutela de urgência nas ações de internação psiquiátrica compulsória é deferida de forma restritiva, prevalecendo as decisões de indeferimento. Quando deferida, a medida não é cumprida em Serviço Hospitalar de Referência ou leito psiquiátrico em hospital geral, mas, sim em ambiente ambulatorial da rede pública e em instituições privadas sem garantia de compatibilidade com serviços de natureza hospitalar, ponto esse que será tratado de forma mais detalhada no próximo capítulo, itens 4.1 e 4.2.

Outro problema identificado diz respeito à demora no cumprimento da tutela deferida, que levou, em média, 1 ano e 22 dias. Esse lapso temporal compromete a própria natureza urgente da medida e cria o risco de que a pessoa com transtorno por uso de substâncias seja internada em um quadro clínico diverso daquele existente no momento do ajuizamento da ação, especialmente considerando o caráter dinâmico das doenças psiquiátricas²⁵⁸.

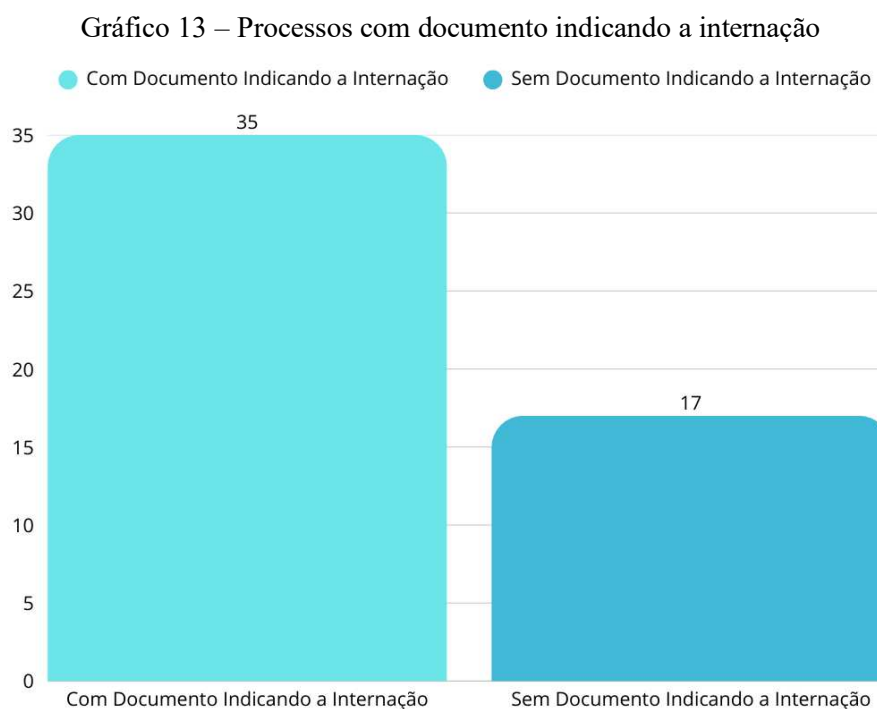
²⁵⁷ Como, por exemplo, o fato de a pessoa com transtorno por uso de substância viver em moradia precária ou em situação de rua, estar exposta a situações de violência, etc.

²⁵⁸ Isso porque os quadros de saúde mental não são estáticos. Eles podem se agravar, melhorar ou se modificar em um intervalo tempo, especialmente intervalos tão longos.

3.3.3 Avaliação da pessoa com transtorno por uso de substância

3.3.3.1 Relatórios Médicos ou Pareceres Técnicos Apresentados com a Petição Inicial

Das 52 ações examinadas, 35 (67,31%) apresentaram relatório médico ou parecer técnico com indicação de internação psiquiátrica acompanhando a petição inicial, enquanto 17 (32,69%) não continham esses documentos.



Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

Entre os processos sem documento médico indicando a internação, em 2 foi formulado pedido de condução coercitiva da pessoa com transtorno por uso de substâncias para avaliação médica em juízo, em um deles o pedido foi indeferido e, no outro, sequer chegou a ser apreciado pelo magistrado.

No conjunto das 35 demandas ajuizadas com relatório médico ou parecer técnico indicando a internação psiquiátrica, apenas 7 (20%) permitem afirmar que o documento foi elaborado a partir de avaliação direta da pessoa a ser internada²⁵⁹. Nas demais, o documento indica ter sido produzido com base exclusivamente em análise documental e relatos de terceiros, ou sua redação não permite identificar qualquer contato do profissional de saúde com a pessoa

²⁵⁹ Registre-se que, para fins dessa contagem, também foram considerados alguns relatórios e outros documentos médicos desatualizados, desde que contivessem avaliação direta da parte e indicação de tratamento por meio de internação. Ou seja, caso apenas avaliações atuais sejam consideradas, o número apurado pode ser ainda menor.

com transtorno por uso de substâncias. Cumpre registrar, ainda, que essa modalidade de avaliação “indireta” da pessoa cuja internação se pretende será objeto de análise crítica específica no item 4.4 desta dissertação.

Os dados demonstram que a dificuldade de acesso à pessoa com transtorno por uso de substâncias compromete não apenas a elaboração dos relatórios médicos que acompanham a petição inicial, mas também a própria produção da prova pericial, como será tratado no subitem a seguir. Em diversos casos, a pessoa se encontra arredia ao contato, vive em situação de rua ou mantém relações familiares conflituosas, circunstâncias essas que dificultam a sua apresentação para a avaliação médica. Esse quadro se repete em grande parte dos processos analisados, evidenciando um padrão de dificuldade na realização de exame clínico direto da pessoa a ser internada.

Outra informação relevante é a ausência de avaliações por equipe multiprofissional. Mesmo nas ações ajuizadas pelo Ministério Público, embora constem documentos produzidos por psicólogos e outros técnicos analistas, esses profissionais não participam da elaboração do relatório ou parecer técnico que fundamenta a necessidade de internação. Essa baixa aderência à abordagem multidisciplinar também se repete na fase de produção de prova pericial, como será demonstrado no subitem seguinte.

Neste item, merece ser ressaltada, mais uma vez, a importância de se aferir o perfil do sujeito da ação e o grau de respeito à sua autonomia, a fim de evitar intervenções de caráter paternalista. Nesse contexto, a apresentação de relatório médico produzido a partir de avaliação direta da pessoa, preferencialmente realizado por equipe multidisciplinar, constitui elemento fundamental para que o Poder Judiciário possa compreender, com precisão, quem é o sujeito daquela intervenção e qual o nível de autonomia que ele efetivamente possui. Somente com essa base é possível assegurar que a decisão de tutela de urgência seja orientada pelo princípio da proteção.

De toda forma, essas questões serão retomadas e examinadas com maior profundidade no capítulo seguinte, inclusive os pedidos de condução coercitiva para avaliação médica, momento em que serão analisados os principais desafios identificados e possíveis caminhos para o aprimoramento das práticas adotadas nas ações de internação psiquiátrica compulsória.

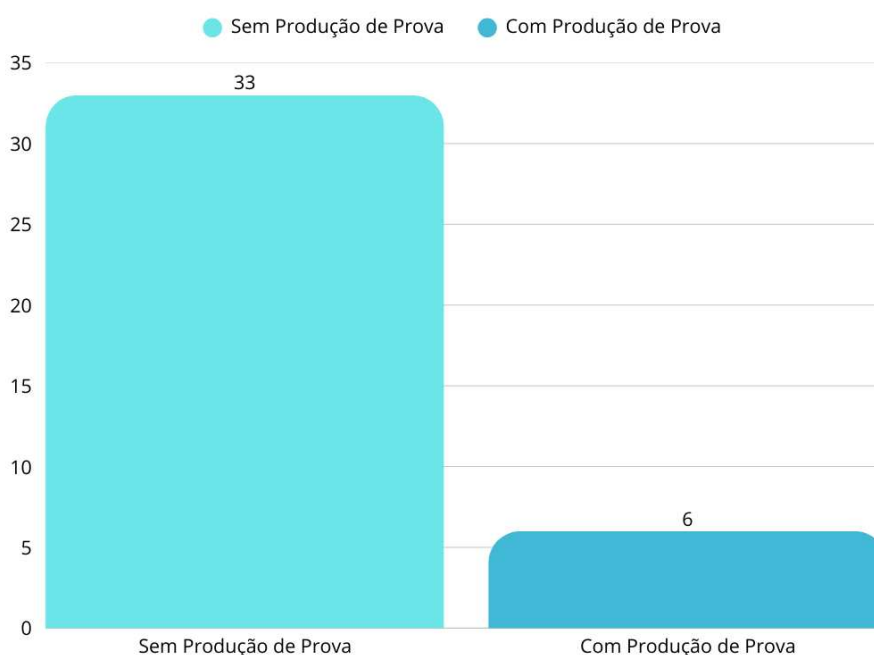
3.3.3.2 Produção de prova técnica no curso do processo

Nos termos do art. 369 do Código de Processo Civil, “as partes têm o direito de empregar todos os meios legais, bem como os moralmente legítimos, ainda que não

especificados neste Código, para provar a verdade dos fatos em que se funda o pedido ou a defesa e influir eficazmente na convicção do juiz”.

Analisando as ações de internação psiquiátrica que fazem parte da amostra selecionada para essa pesquisa, mais especificamente do conjunto de 39 processos nos quais a relação processual se completou e, por isso, teriam se desenvolvido o suficiente para, ao menos em tese, possibilitar o início da fase de produção de provas, nota-se que em apenas 6 deles foi produzida prova técnica (15,38%)²⁶⁰.

Gráfico 14 – Produção de prova no conjunto de ações com relação processual completa



Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

Em 5 ações foi produzida prova pericial médica, em 1 delas, além dessa prova, foi confeccionado estudo social, por profissional da assistência social do Centro de Serviço Social e Psicologia (CESOP) do TJMG. Em 1 processo foram juntadas provas emprestadas de demanda de curatela envolvendo a mesma pessoa com transtorno por uso de substância, consistentes em 1 perícia médica e 1 estudo social.

Entre as ações que contam com prova pericial nos autos, apenas em três houve a presença da pessoa a ser periciada, razão pela qual, nos três processos restantes, o laudo foi elaborado com base exclusivamente em documentos juntados aos autos e em relatos de terceiros. Como é intuitivo, a ausência do sujeito periciado compromete a robustez da prova

²⁶⁰ Incluiu-se nessa contagem um processo que utilizou provas emprestadas de ação de curatela envolvendo a mesma pessoa, consistentes em prova pericial e estudo social.

pericial, na medida em que a elaboração do laudo sem exame direto da pessoa inviabiliza a sua adequada avaliação clínica individualizada.

Das ações que apresentavam provas técnicas também foi possível notar que elas foram produzidas muito tempo depois do ajuizamento, dentro de um intervalo de, aproximadamente, 153 dias (0,42 ano) a 1.863 dias (5 anos e 38 dias) do ajuizamento da ação. Mais precisamente, considerando o tempo decorrido entre o ajuizamento da ação e a produção das provas, as perícias médicas foram realizadas após, em ordem crescente, 153, 499, 622, 841, 1.423 e 1.863 dias, enquanto os estudos sociais ocorreram após 260, 943 e 1.428 dias, sendo este último produzido na mesma ação em que também foi elaborado o estudo de 260 dias.

Examinando essas informações é possível concluir que a produção de prova técnica ocorreu em número reduzido de processos e, mesmo quando realizada, deu-se após lapso temporal significativo, demora essa que, assim como indicado no item anterior, pode resultar em alterações do quadro de saúde da pessoa a ser internada. Para além da demora na realização da prova pericial, em três desses casos a pessoa com transtorno por uso de substância não foi diretamente examinada.

Diante desse cenário, considerando que a realização de prova pericial médica é essencial para se verificar a adequação da medida de internação psiquiátrica com o quadro apresentado pela pessoa com transtorno mental, e se ela teria aptidão para consentir ou não com intervenções de saúde, sua baixa e ineficiente produção na amostra selecionada demonstra uma inadequação da maior parte das ações com os três eixos sugeridos neste trabalho para aferir a natureza paternalista de um ato, a verificação do perfil do sujeito da ação, o grau de respeito conferido à sua autonomia e a finalidade da intervenção. A ausência de avaliação técnica tempestiva e adequada impede que o Poder Judiciário conheça as necessidades e graus de autonomia do sujeito concreto que será afetado pela medida, falhas essas que certamente podem prejudicar a construção de uma intervenção que seja compatível com o quadro clínico da pessoa com transtorno por uso de substância.

É possível concluir também que o estudo social poderia ter sido mais bem explorado nas ações analisadas nesta pesquisa, especialmente porque desempenha papel relevante na compreensão de algumas das hipóteses autorizadoras da internação compulsória previstas no art. 31 da Resolução CFM nº 2.057/2013, especialmente a incapacidade grave de autocuidado e o risco de heteroagressão. Acontece que a adequada compreensão desses elementos demanda investigação sobre fatores familiares, comunitários e ambientais, que não se esgotam na avaliação médica.

Poderia ser aplicado, por analogia, o art. 753 do Código de Processo Civil, que indica que a produção de prova pericial na ação de curatela pode ser realizada por equipe composta por experts com formação multidisciplinar. O mesmo pode ser dito sobre o art. 1.783-A do Código Civil, que estabelece que antes de se pronunciar sobre o pedido de estabelecimento de tomada de decisão apoiada, o juiz será assistido por equipe multidisciplinar. Esses dispositivos reforçam a necessidade de abordagens interdisciplinares em processos que envolvem a discussão sobre o exercício da autonomia da pessoa, exigência essa que deve ser aplicada também às ações de internação compulsória.

3.3.4 Sentenças proferidas nas ações de internação psiquiátrica compulsória

Nos termos do art. 203 do CPC, o ato judicial que põe fim à fase de conhecimento da ação²⁶¹, com ou sem resolução do mérito, denomina-se sentença²⁶².

As sentenças que não resolvem o mérito do pedido levado à apreciação do Poder Judiciário são denominadas terminativas. Nesses casos, “o juiz põe fim à relação processual sem dar uma resposta (positiva ou negativa) ao pedido do autor, ou seja, sem prestar-lhe a tutela jurisdicional, que se revelou inadmissível diante das circunstâncias do caso concreto”²⁶³. Por isso, como prevê o art. 486 do Código de Processo Civil, o pronunciamento judicial que não resolve o mérito não impede que a parte proponha de novo a ação.

Por sua vez, as sentenças que resolvem o mérito das ações propostas são denominadas definitivas e apresentam à parte uma resposta ao pedido de prestação jurisdicional formulado ao Poder Judiciário²⁶⁴ e estão elencadas no art. 487 do CPC²⁶⁵.

²⁶¹ Em poucas palavras, a fase de conhecimento é a etapa do processo em que o juiz analisa o mérito dos pedidos formulados em juízo, garantindo o contraditório e a oportunidade de produção de provas, para, ao final, formar sua convicção e proferir sentença.

²⁶² Art. 203. Os pronunciamentos do juiz consistirão em sentenças, decisões interlocutórias e despachos. § 1º Ressalvadas as disposições expressas dos procedimentos especiais, sentença é o pronunciamento por meio do qual o juiz, com fundamento nos arts. 485 e 487, põe fim à fase cognitiva do procedimento comum, bem como extingue a execução.

²⁶³ THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Código de Processo Civil anotado**. Colaboração de Humberto Theodoro Neto, Adriana Mandim Theodoro de Mello e Ana Vitória Mandim Theodoro. 28. ed., rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2025. Ebook. P. 587.

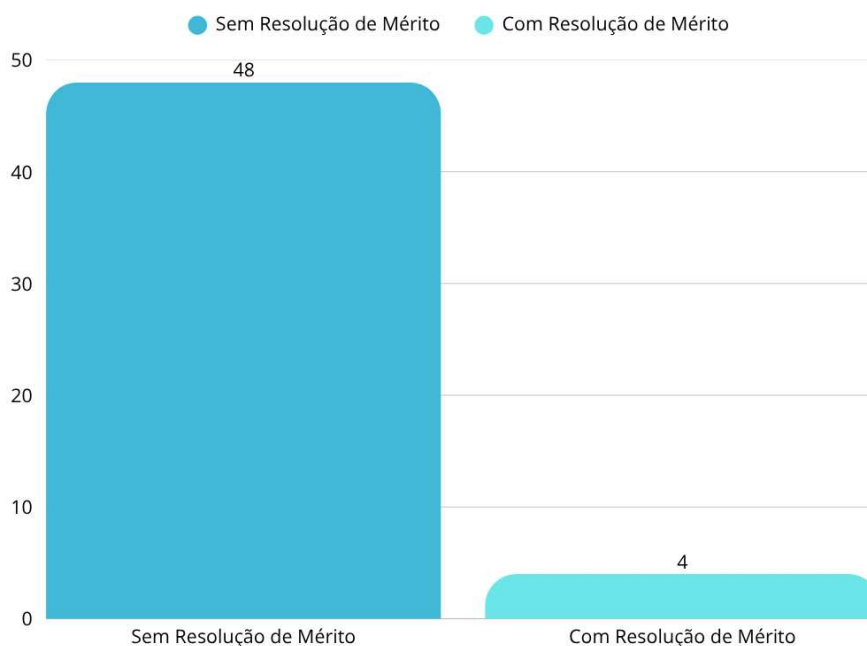
²⁶⁴ THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Código de Processo Civil anotado**...p. 487.

²⁶⁵ Art. 487. Haverá resolução de mérito quando o juiz: I - acolher ou rejeitar o pedido formulado na ação ou na reconvenção; II - decidir, de ofício ou a requerimento, sobre a ocorrência de decadência ou prescrição; III - homologar: a) o reconhecimento da procedência do pedido formulado na ação ou na reconvenção; b) a transação; c) a renúncia à pretensão formulada na ação ou na reconvenção. Parágrafo único. Ressalvada a hipótese do § 1º do art. 332, a prescrição e a decadência não serão reconhecidas sem que antes seja dada às partes oportunidade de manifestar-se.

3.3.4.1 Conteúdo das sentenças

Das 52 ações examinadas, a maior parte foi extinta sem resolução do mérito (48 casos, equivalente a 92,31%). Como intuitivo, as 4 ações restantes tiveram o mérito apreciado (7,69%).

Gráfico 15 – Distribuição das sentenças com e sem resolução do mérito



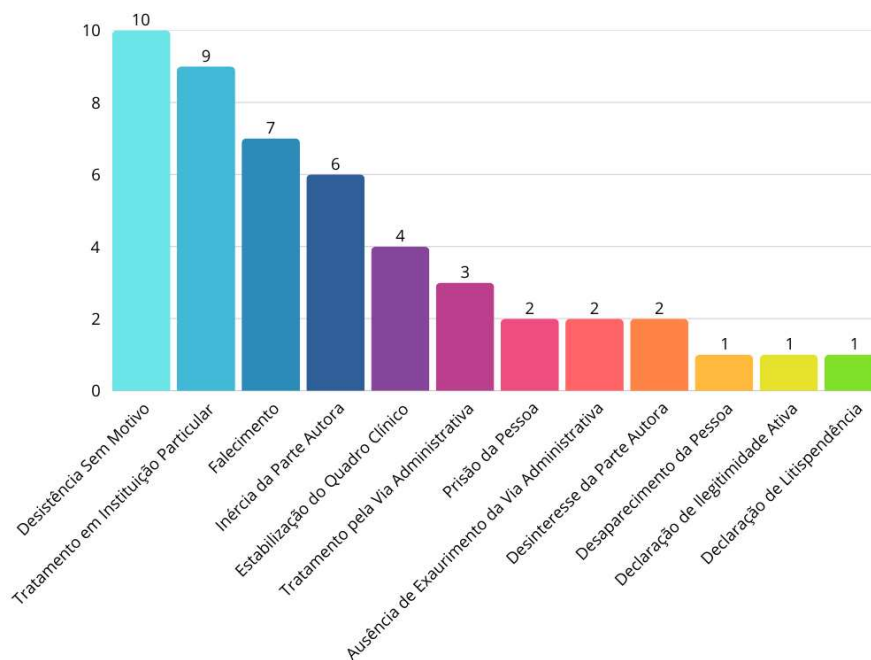
Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

A fundamentação da extinção das ações se distribui da seguinte forma: 10 ações por desistência da parte autora sem indicação de motivo (19,23%); 9 ações em razão de tratamento já realizado ou a ser realizado em instituição particular (17,31%); 7 pela ocorrência do falecimento da pessoa com transtorno por uso de substância (13,46%); 6 por inércia da parte autora no cumprimento de diligências determinadas pelo juízo (11,54%); 4 em razão da estabilização do quadro clínico da pessoa a ser internada (7,69%); 3 ações extintas porque o tratamento passou a ser prestado administrativamente pela rede pública, de forma ambulatorial, pelo que foi possível perceber (5,77%); 2 casos de extinção pela prisão da pessoa (3,85%); 2 por ausência de demonstração do exaurimento das medidas extra-hospitalares pela via administrativa (3,85%); 2 por desinteresse da parte autora no prosseguimento da demanda, decorrente de questões processuais (3,85%)²⁶⁶; 1 caso de desaparecimento da pessoa (1,92%);

²⁶⁶ Em um dos casos o Ministério Público de Minas Gerais desistiu do pedido considerando a manifestação apresentada pela parte ré, Associação Petrobras de Saúde (APS), informando que o plano de saúde da pessoa com

1 situação de declaração de ilegitimidade ativa (1,92%), por ter o juiz entendido que o pai da pessoa a ser internada não teria legitimidade para requerer a internação, a qual deveria ser precedida de ação de curatela; e 1 hipótese de declaração de litispendência, decorrente da existência de ação anterior com os mesmos elementos (1,92%).

Gráfico 16 – Motivação das extinções sem resolução do mérito



Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

No que diz respeito às decisões de mérito (4 casos, correspondentes a 7,69% do total), verificou-se que 2 ações foram julgadas procedentes (3,85%) e 2 julgadas improcedentes (3,85%).

As duas sentenças de procedência apontaram como fundamento a demonstração de risco à própria pessoa com transtorno por uso de substância e a terceiros, além do comprometimento grave da sua saúde. Outra questão levada em consideração foi o esgotamento das medidas extrajudiciais e das alternativas terapêuticas menos restritivas. Já as duas sentenças de improcedência tiveram como fundamentação, basicamente, a ausência de elementos probatórios capazes de demonstrar a indispensabilidade da internação psiquiátrica.

transtorno por uso de substância não contemplaria internação psiquiátrica na modalidade compulsória (Processo nº 2). Em outro, depois de dificuldades em levar a pessoa a ser internada para a elaboração de relatório médico atualizado, a parte autora disse não acreditar na justiça brasileira e desistiu da ação (Processo nº 34).

3.3.4.2 Examinando alguns dos motivos de extinção sem resolução do mérito

Dos motivos que justificaram a extinção da ação de internação psiquiátrica sem a resolução do mérito, três situações chamaram a atenção: a informação de que o tratamento já estava em andamento ou seria futuramente realizado em instituição particular; o falecimento da pessoa com transtorno por uso de substância; a prisão da pessoa a ser internada.

No que se refere à realização do tratamento em instituição particular, segunda maior causa de extinção sem resolução do mérito (17,31%), verificou-se que, diante da demora no cumprimento da tutela de urgência, algumas famílias buscaram, por conta própria, alternativas assistenciais disponíveis para receber a pessoa com transtorno. Todavia, como já indicado neste tópico e como será aprofundado no item 4.2, o atendimento prestado por essas instituições frequentemente não corresponde aos parâmetros de uma internação psiquiátrica hospitalar. Em outras palavras, a morosidade processual acaba por “empurrar” a parte autora para soluções inadequadas, que não apenas se afastam do objeto da ação, mas podem também comprometer a saúde e a segurança da pessoa com transtorno por uso de substâncias.

A esse respeito, merece destaque o contexto fático de uma das ações analisadas²⁶⁷, em que a família, diante da demora no cumprimento da tutela de urgência, buscou acolhimento para a pessoa com transtorno por uso de substâncias em uma comunidade terapêutica acolhedora. Atendendo a pedido do Ministério Público de Minas Gerais, foi realizada vistoria no local, ocasião em que se constatou que a pessoa, que apresentava também o diagnóstico associado de esquizofrenia, encontrava-se em situação de vulneração. Transcreve-se, a seguir, trecho do relatório de inspeção, no qual não há identificação da pessoa:

O interno, no momento da inspeção, encontrava-se confuso, com dificuldades de fala e de se fazer entender, reflexos lentos, em alguns momentos apresentou-se choroso. Solicitava de maneira insistente para que entrássemos em contato por telefone com a família para que fossem buscá-lo.

(...)

Ressalta-se que na Ficha de Triagem consta que o interno não faz uso de medicação.

(...)

O local não apresentou cópia do receituário sendo também informado que não adquirem nenhum tipo de medicação para o mesmo no caso de falta destes.²⁶⁸

Nos 7 processos em que a ação foi extinta sem resolução do mérito em razão do falecimento da pessoa a ser internada, observa-se que três óbitos estavam diretamente

²⁶⁷ É, na realidade, um dos casos de extinção da ação sem resolução do mérito por desistência sem indicação de motivo.

²⁶⁸ Ação nº 45, ID. 96034128.

relacionados ao transtorno por uso de substâncias²⁶⁹. Em 2 situações, o falecimento ocorreu em decorrência de ato violento²⁷⁰. Dos 2 casos remanescentes, um óbito decorreu de câncer e, no outro, a causa da morte ainda não havia sido identificada no momento da análise.

Embora não seja possível afirmar se alguma medida poderia ter evitado os 3 óbitos diretamente relacionados ao transtorno por uso de substâncias, muito menos se essa medida seria a internação psiquiátrica, deparar-se com desfechos tão graves é impactante e suscita, inevitavelmente, a reflexão sobre a adequação e efetividade das respostas ofertadas pelo sistema de saúde e de justiça à população.

O mesmo raciocínio se aplica aos 2 casos em que as certidões de óbito apontam falecimento decorrente de atos de violência. Em um deles, a própria petição inicial já registrava que a pessoa com transtorno por uso de substâncias estaria correndo risco em sua comunidade, em razão de dívidas com traficantes. Mais uma vez, ainda que se trate de mera conjectura, é difícil não questionar se, caso o quadro clínico tivesse sido estabilizado a tempo, a pessoa poderia ter se afastado das situações de exposição à violência que frequentemente aparecem descritas nas petições iniciais da amostra selecionada para esta pesquisa.

Quanto às duas ações extintas em razão da prisão da pessoa a ser internada, inexoravelmente surge a mesma indagação: esse desfecho poderia ter sido evitado caso seu quadro clínico tivesse sido estabilizado ou adequadamente acompanhado? Embora, mais uma vez, não seja possível estabelecer uma relação de causalidade direta, a recorrência desses resultados trágicos em ações de internação psiquiátrica compulsória reforça a necessidade de reflexão a respeito de como se garantir intervenções terapêuticas apropriadas e tempestivas, capazes de reduzir as situações de suscetibilidade e vulneração das pessoas envolvidas.

Todos os achados apresentados neste capítulo evidenciam problemas relevantes na condução das ações de internação psiquiátrica compulsória. No capítulo seguinte, serão examinados os principais desafios identificados e discutidos possíveis caminhos para o aprimoramento das práticas neste tipo de procedimento.

²⁶⁹ Em uma das certidões consta como causa da morte polineuropatia alcoólica e etilismo. Nas outras duas consta etilismo crônico.

²⁷⁰ Ação perfurocortante e lesão por projétil de arma de fogo.

4. DESAFIOS IDENTIFICADOS NAS AÇÕES DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E CAMINHOS DE APRIMORAMENTO

Abordados os dados gerais extraídos dos processos que compõem a amostra desta pesquisa, passam a ser analisados, a seguir, os principais desafios neles identificados, os quais comprometem a adequada compreensão da medida e repercutem na legitimidade e na efetividade da tutela jurisdicional pretendida.

4.1 Imprecisão conceitual sobre internação e seus efeitos nos processos

Conforme exposto no capítulo anterior, a análise dos processos que compõem a amostra desta pesquisa revela que os atores processuais frequentemente demonstram compreensão inadequada do conceito técnico de “internação”, como definido pela Lei da Reforma Psiquiátrica, marco normativo central da política de saúde mental.

Relembrando o teor do art. 4º da Lei nº 10.216/2001, “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Assim, uma vez que a internação somente é admitida após o esgotamento das alternativas extra-hospitalares, ela é, por definição, um tratamento psiquiátrico hospitalar, de caráter excepcional.

Os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial foram analisados no item 2.2.1 e, como já abordado naquele tópico, os equipamentos que merecem maior destaque para a finalidade desta pesquisa são: (1) os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III); (2) os leitos de psiquiatria em hospital geral e os Serviços Hospitalares de Referência. Como é intuitivo, os serviços mencionados no ponto (1) são de natureza extra-hospitalar ou ambulatorial, enquanto aqueles indicados no ponto (2) possuem caráter hospitalar.

Vale recordar também que o CAPS AD III é um equipamento de caráter aberto que fornece atenção contínua, durante as 24 horas em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados²⁷¹. A permanência do usuário do serviço em acolhimento noturno não pode exceder 14 dias em um intervalo de 30 dias²⁷².

Passando à equipe mínima dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III, o serviço deve ser estruturado com profissionais de diferentes áreas, garantindo atendimento multidisciplinar às pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

²⁷¹ Art. 31, *caput*, Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

²⁷² Art. 32, §1º, Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

Nos termos do art. 33 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, no período diurno de segunda a sexta-feira, exige-se a presença de, pelo menos, um médico, psiquiatra ou clínico com formação ou experiência em saúde mental, totalizando 60 horas semanais, além de um enfermeiro em cada turno. Também é obrigatória a presença de cinco profissionais de nível superior por turno, dentre as categorias de psicologia, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional, pedagogia e educação física, além de quatro técnicos de enfermagem. Complementam a equipe quatro profissionais de nível médio, preferencialmente com experiência em ações de redução de danos (artesãos, agentes sociais ou educadores sociais), além de um profissional de nível médio responsável pelas atividades administrativas.

A citada norma estabelece, ainda, composição própria para o acolhimento noturno: um enfermeiro e dois profissionais de nível médio, sendo um técnico de enfermagem. Já nos plantões diurnos de fins de semana e feriados, a equipe mínima deve ser formada por dois profissionais de nível superior, um deles necessariamente enfermeiro, dois profissionais de nível médio, incluindo um técnico de enfermagem, e um profissional da área de apoio. Há, ainda, a possibilidade de incorporação de outras categorias profissionais, a fim de ampliar o alcance e a efetividade das ações ofertadas pelo serviço.

Diante desse cenário, observa-se que, dentre todas as categorias previstas, os únicos profissionais que permanecem presentes no CAPS AD III em tempo integral são o enfermeiro e o técnico de enfermagem.

A respeito da composição da equipe técnica do Serviço Hospitalar de Referência, de acordo com o art. 57 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, ela é definida conforme com o número de leitos disponíveis. Para unidades com até 4 leitos, exige-se, no mínimo, um técnico ou auxiliar de enfermagem por turno, um profissional de saúde mental de nível superior e um médico clínico responsável pelos leitos. Entre 5 e 10 leitos, a equipe mínima passa a contar com dois técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno, dois profissionais de saúde mental de nível superior e um médico clínico. No caso de unidades com 11 a 20 leitos, a exigência aumenta para quatro técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno, um enfermeiro por turno, dois profissionais de saúde mental de nível superior e um médico, preferencialmente psiquiatra, responsável pelos leitos. Por fim, para serviços com 21 a 25 leitos, a equipe mínima deve incluir seis técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno, um enfermeiro por turno, três profissionais de saúde mental de nível superior, além de um médico clínico e um médico psiquiatra responsáveis pelos leitos.

Essa modalidade de serviço funciona em regime integral, operando 24 horas por dia, nos 7 dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, sem qualquer interrupção entre os turnos²⁷³. Isso significa que a equipe mínima correspondente ao número de leitos ofertados deve estar presente de forma contínua, assegurando a cobertura ininterrupta das atividades e continuidade do cuidado.

Quanto à duração do tratamento hospitalar, o projeto terapêutico deve ter como referência internações de curta duração, mas não existe previsão de prazo máximo para a sua duração, limitando-se a indicar que devem perdurar até a estabilização do usuário, respeitadas as especificidades de cada caso²⁷⁴.

É importante esclarecer, ainda, que, embora a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 não discipline expressamente a composição e o funcionamento dos leitos de psiquiatria em hospital geral, é razoável que esses leitos sigam, por analogia, as mesmas diretrizes aplicáveis ao Serviço Hospitalar de Referência, já que se referem à mesma modalidade de tratamento.

Partindo da premissa de que a internação psiquiátrica hospitalar possui natureza distinta do acolhimento em CAPS AD III, é fundamental que os sujeitos processuais, ao se manifestarem nos autos ou examinarem os atos processuais, utilizem corretamente os conceitos correspondentes a cada uma dessas modalidades de tratamento. Essa necessidade de precisão conceitual foi verificada na análise dos processos da amostra principalmente em relação a dois sujeitos processuais, a parte autora e o juiz.

Em relação à parte autora, como já mencionado no item 3.2.3, em alguns casos, o processo foi classificado como ação de internação psiquiátrica compulsória, fundamentada nos dispositivos da Lei nº 10.216/2001, mas o pedido principal formulado correspondia, na realidade, ao acolhimento em CAPS AD III.

Nesse ponto, cumpre esclarecer que não se está afirmando que o tratamento ambulatorial não possa ser requerido judicialmente, tampouco que ele não possa constituir a terapêutica mais adequada para determinados casos²⁷⁵, avaliação essa que, inclusive, pertence estritamente ao campo técnico da saúde e não integra o objeto desta pesquisa. O que se pretende destacar é que, quando a ação for classificada como internação ou quando o pedido for de internação, a medida pretendida deve necessariamente corresponder a um tratamento de natureza hospitalar, de

²⁷³ Art. 57 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

²⁷⁴ Art. 53 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

²⁷⁵ Em verdade, de acordo com a lógica adotada pela Lei nº 10.216/2001, o tratamento ambulatorial constitui a regra, aplicável à maioria dos casos, ao passo que a internação hospitalar configura medida excepcional.

acordo com as previsões da Lei da Reforma Psiquiátrica, sob pena de induzir o juízo a equívoco quanto à modalidade de cuidado efetivamente requerida. Caso a parte autora pretenda acolhimento ambulatorial, deverá ajuizar ação de obrigação de fazer com esse pedido específico.

Ainda sobre a importância da precisão conceitual nos pedidos formulados pela parte autora, conforme abordado no item 3.3.2, em 5 dos processos nos quais a tutela de urgência foi deferida o cumprimento aconteceu em instituições particulares²⁷⁶.

Em 1 deles a medida foi custeada pelo Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), que figurava no polo passivo, nos outros 4, o tratamento foi financiado por meio de bloqueio judicial em contas bancárias de titularidade da parte ré, Estado de Minas Gerais e Prefeitura de Belo Horizonte, após a apresentação de orçamentos para a execução do tratamento. Dentre esses 4 casos, em 3 o cumprimento da tutela ocorreu exatamente no local indicado no orçamento selecionado pelo juiz, ao passo que, no processo remanescente, o tratamento foi executado em instituição diversa daquelas sugeridas quando do pedido de bloqueio.

Para a verificação das características dos 5 estabelecimentos envolvidos no cumprimento da tutela de urgência, foram utilizadas duas ferramentas de pesquisa: a busca por estabelecimentos com registro nos Conselhos Regionais de Medicina (CFM) disponibilizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)²⁷⁷ e a consulta por estabelecimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), banco de dados do Ministério da Saúde²⁷⁸.

Quanto ao banco de dados do CFM, cumpre esclarecer que o art. 15, alínea “c”, da Lei nº 3.268/1957 atribui aos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização do exercício da profissão médica. Em complemento, a Resolução CFM nº 997/1980 dispõe, em seu art. 2º, que:

Artigo 2º — Os estabelecimentos de saúde, também chamados serviços de saúde ou unidade de saúde, onde se exerçam atividades de diagnóstico e tratamento, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde e que sejam de direção técnica de médicos, deverão ser cadastrados no Conselho Regional de Medicina da área correspondente à sua localização.

Considerando que a instituição que dispõe de leitos de internação psiquiátrica hospitalar desenvolve atividades de diagnóstico e tratamento voltadas à promoção, proteção e recuperação

²⁷⁶ Registre-se que nessas cinco ações o pedido principal foi de tratamento psiquiátrico hospitalar.

²⁷⁷ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Busca por estabelecimentos de saúde**. Brasília, DF, [s.d.]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/busca-por-estabelecimentos-de-saude>. Acesso em: 7 jan. 2026.

²⁷⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acesso em: 7 jan. 2026.

da saúde, ela deve estar inscrita no Conselho Regional de Medicina da localidade em que se situa, inclusive como condição para viabilizar o exercício regular das atividades de fiscalização pelo respectivo Conselho²⁷⁹. Em síntese, sempre que a instituição explore, de forma regular, a prestação de serviços que envolvam a prática de atos médicos, deverá estar inscrita no Conselho Regional de Medicina e contar com direção técnica exercida por médico regularmente habilitado.

Por sua vez, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde foi originalmente previsto na Portaria MS/GM nº 1.646/2015, posteriormente incorporada à Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, que disciplina, dentre outros temas, sobre a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. O art. 359²⁸⁰ conceitua o CNES como sistema de informação oficial destinado ao cadastramento de todos os estabelecimentos de saúde em funcionamento no Brasil, independentemente de sua natureza jurídica ou de integrarem o SUS, com a finalidade, entre outras, de disponibilizar à sociedade informações sobre a oferta de serviços nos territórios, as formas de acesso e o funcionamento desses estabelecimentos.

Nos termos do art. 361 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, o cadastramento e a manutenção atualizada dos dados no CNES constituem condição obrigatória para o funcionamento de qualquer estabelecimento de saúde em território nacional. Por essa razão, a instituição que oferece serviços de internação psiquiátrica deve estar regularmente cadastrada no CNES, com a expressa indicação da existência de leitos de tratamento psiquiátrico hospitalar.

Após a realização de pesquisa nas ferramentas acima mencionadas, foi possível perceber que apenas a medida cumprida por intermédio do IPSEMG aconteceu em ambiente com leitos

²⁷⁹ Aliás, o art. 12 da Resolução CFM nº 997/1980 dispõe que o descumprimento de qualquer das obrigações nela previstas “constitui obstáculo à ação fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina, configurando infração ética, sujeita à ação disciplinar pelos respectivos Conselhos Regionais”.

²⁸⁰ Art. 359. O CNES se constitui como documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no País, independentemente da natureza jurídica ou de integrarem o SUS, e possui as seguintes finalidades: I - cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços; II - disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação; III - ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento; IV - fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios. § 1º Os profissionais liberais ou empresas que realizam ações ou serviços de saúde em domicílio ou à distância, mediados por plataformas virtuais de telessaúde, quando a legislação não exigir sede física, podem realizar registro no CNES independentemente da existência do estabelecimento de saúde de que trata o art. 360, inciso II desta Portaria de Consolidação. § 2º Não é finalidade do CNES ser instrumento de indução política ou mecanismo de controle, constituindo-se somente como um cadastro que permita a representação mais fidedigna das realidades locais regionais.

psiquiátricos hospitalares, o qual apresentava classificação de “hospital especializado” no CRM-MG e a existência de leitos hospitalares de psiquiatria no CNES²⁸¹.

Sobre as demais instituições, observou-se o seguinte: 1 não possuía registro no CRM-MG nem no CNES²⁸²; 1 apresentava registro no CRM-MG, classificada como “clínica especializada/ambulatório especializado”, e constava no CNES, porém sem indicação de leitos hospitalares psiquiátricos²⁸³; 1 não tinha registro no CRM-MG, mas possuía inscrição no CNES, mas sem informação de leitos hospitalares psiquiátricos²⁸⁴; 1 tinha registro no CRM-MG, também como “clínica especializada/ambulatório especializado”, e figurava no CNES, mas seu cadastro foi efetivado apenas após a data do cumprimento da tutela de urgência e sem indicação de leitos hospitalares²⁸⁵.

Das 3 medidas em que foi possível apurar o valor mensal do tratamento²⁸⁶, observa-se que os custos variaram entre R\$ 1.870,00 e R\$ 2.500,00²⁸⁷. Contudo, considerando o número de profissionais necessários para a manutenção de um leito psiquiátrico de natureza hospitalar, bem como a exigência de prestação contínua e ininterrupta desse tipo de atendimento, é razoável presumir que orçamentos nessa faixa não são compatíveis com tratamentos dessa modalidade.

Nesse contexto, convém mencionar, a título exemplificativo, que, em um dos processos da amostra, foi apresentado orçamento de internação particular do Hospital Espírita André Luiz, instituição que possui registro no CNES com indicação de leito hospitalar psiquiátrico, no qual o valor mensal de uma internação psiquiátrica foi estimado em R\$ 31.053,07²⁸⁸. Embora esse dado, por si só, não seja suficiente para afastar a natureza de internação psiquiátrica dos orçamentos apresentados com o objetivo de viabilizar o cumprimento da tutela de urgência, ele constitui um indício de que os valores anteriormente mencionados podem não refletir, em regra, os custos efetivos de um tratamento dessa natureza, ressalvada a possibilidade de variação para patamares inferiores em razão do modelo de financiamento do serviço, como ocorre nas internações custeadas pelo SUS ou por planos de saúde.

²⁸¹ Processo nº 8.

²⁸² Processo nº 27.

²⁸³ Processo nº 30.

²⁸⁴ Processo nº 32.

²⁸⁵ Processo nº 46.

²⁸⁶ Não foi possível verificar o valor efetivamente pago à instituição vinculada ao plano de saúde do IPSEMG, bem como o montante desembolsado no caso em que o cumprimento da tutela ocorreu em estabelecimento diverso daquele indicado no orçamento selecionado pelo Juiz ao fixar o valor do bloqueio.

²⁸⁷ Informações retiradas dos processos nº. 27, 30 e 46.

²⁸⁸ Informação retirada do Processo nº 48.

Feitas todas essas considerações, o que foi possível perceber dos processos examinados é que os orçamentos apresentados para viabilizar o cumprimento das tutelas de urgência frequentemente indicavam estabelecimentos incompatíveis com a modalidade de tratamento psiquiátrico hospitalar, muito provavelmente em razão da incompreensão das características próprias desse tipo de atendimento. Assim, a adequada compreensão do conceito de internação, como definido na Lei da Reforma Psiquiátrica, contribuiria significativamente para evitar esse equívoco.

O mesmo raciocínio se aplica à análise realizada pelo julgador dos orçamentos apresentados, a qual, conforme se depreende da amostra selecionada, tem se pautado quase que exclusivamente pelo valor da proposta, privilegiando-se a estimativa de menor custo. Um maior refinamento conceitual do termo internação e das características inerentes a essa modalidade de tratamento contribuiria para a apropriada avaliação da documentação juntada pela parte autora para a viabilização do cumprimento da tutela de urgência, garantindo, ao final, que eventual medida seja executada em ambiente compatível com o tratamento psiquiátrico hospitalar e que ofereça condições seguras e adequadas à pessoa com transtorno por uso de substâncias.

Continuando no tema das modalidades de tratamento, é necessário ressaltar que a Prefeitura de Belo Horizonte, em diversas manifestações, sustenta a suficiência do tratamento ambulatorial para atender aos casos de transtorno por uso de substâncias. Ou seja, não se trata exatamente de uma incompreensão acerca do que caracteriza o tratamento psiquiátrico hospitalar, mas, sim, da defesa de que o acolhimento ambulatorial seria suficiente para manejar casos dessa natureza.

A argumentação desenvolvida pela Prefeitura de Belo Horizonte se fundamenta, muitas das vezes, na previsão do art. 9º, §1º, da Lei Estadual nº 12.684/1997, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social da pessoa com transtorno mental, estabelecendo que “a internação em leitos públicos ou conveniados com o poder público terá encaminhamento exclusivo dos centros de referência de saúde mental públicos ou dos serviços públicos de emergência psiquiátrica e ocorrerá, preferencialmente, em estabelecimento escolhido pelo paciente”. Mesmo que se considerem as alterações posteriormente introduzidas na referida lei, trata-se de norma hierarquicamente inferior à Lei nº 10.216/2001, de modo que o Estado de Minas Gerais não pode instituir ou manter modelo assistencial em saúde mental que se afaste das diretrizes e regras estabelecidas para todo o território nacional²⁸⁹.

²⁸⁹ O mesmo pode ser dito sobre o art. 5º, §4º, do Decreto Estadual nº 42.910/2002, com a seguinte redação: “a internação de que trata o § 3º do artigo 9º da Lei nº 11.802/95, alterado pela Lei nº 12.684/97, dar-se-á em Centro de Atenção Psicossocial ad II (CAPS ad II), definido na Portaria Ministerial MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de

Retomando as reflexões do Capítulo 1, especialmente no que se refere ao eixo 3, relativo à distinção entre atos protetores e atos paternalistas, a correta identificação da medida compatível com caso concreto é essencial para assegurar que a finalidade da intervenção seja efetivamente protetiva, orientada à garantia dos meios necessários para que o sujeito suscetível ou vulnerado possa desenvolver suas potencialidades.

E, para que a ação de internação psiquiátrica compulsória preserve concretamente sua finalidade protetiva, é indispensável que os sujeitos processuais envolvidos se aprofundem nos conceitos estabelecidos pela Lei da Reforma Psiquiátrica e nas normativas que estruturam os serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Esse rigor técnico é fundamental para que a definição da medida não seja orientada exclusivamente por critérios econômicos ou pela disponibilidade imediata de vagas, mas, sobretudo, pela adequação terapêutica e pela segurança da pessoa com transtorno por uso de substâncias.

Diante dessas considerações acerca das diferenças conceituais entre internação e acolhimento ambulatorial, o próximo item analisará as características do atendimento e os aspectos de segurança dos estabelecimentos que receberam as pessoas envolvidas nas ações extintas sem resolução do mérito, nas quais consta informação de que o tratamento já estava sendo realizado em instituição particular.

4.2 Análise das instituições particulares mencionadas nos processos da amostra como destino das pessoas com transtorno por uso de substâncias

Além das instituições particulares mencionadas no item anterior, vinculadas ao cumprimento das tutelas de urgência deferidas, observam-se, em outros processos de internação psiquiátrica compulsória, indícios de que a pessoa com transtorno por uso de substâncias foi encaminhada a diferentes estabelecimentos por iniciativa de seus familiares.

Esse cenário aconteceu, principalmente, nos processos extintos sem resolução do mérito em razão de tratamento já realizado ou a ser realizado em instituição particular, conforme a classificação apresentada no item 3.3.4.1. Entre os 9 processos enquadrados nessa categoria²⁹⁰²⁹¹, a aplicação do filtro relativo à existência de relatório médico que indicasse a necessidade

2002, e em leito de clínica médica em hospitais e prontos-socorros gerais e será definida em função da patologia orgânica verificada quando da avaliação diagnóstica”.

²⁹⁰ Processos nº 9, 11, 17, 24, 25, 28, 35, 37 e 39.

²⁹¹ Em todos o pedido de tutela de urgência foi indeferido ou não chegou a ser analisado.

de internação psiquiátrica, aliado à possibilidade de identificar o estabelecimento que recebeu a pessoa, resultou na seleção de três processos que atendem a esses critérios²⁹².

Desses 3 processos: 1 dos estabelecimentos apresenta registro no CRM-MG, classificado como “clínica especializada/ambulatório especializado” e não consta inscrição no CNES²⁹³; 1 dos estabelecimentos é uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), o qual, até por se tratar de serviço de acolhimento vinculado à assistência social, não está inscrito no CRM-MG ou CNES²⁹⁴; 1 das instituições não está inscrita no CRM-MG e foi inscrita no CNES apenas posteriormente ao recebimento da pessoa com transtorno mental²⁹⁵.

No caso da ILPI que acolheu uma das pessoas com transtorno por uso de substâncias incluídas na amostra, o ingresso no estabelecimento, por se tratar de pessoa idosa, fundamentou a extinção do processo, sob o argumento de que “a pretensão inicial foi voluntariamente cumprida pelo réu”, conforme consignado em sentença²⁹⁶. Cumpre, contudo, reafirmar que a Instituição de Longa Permanência para Idosos não possui natureza de serviço médico, tratando-se de modalidade de abrigo institucional²⁹⁷. Por essa razão, o ingresso da pessoa idosa na ILPI não seria suficiente, do ponto de vista técnico e legal, para considerar atendida a pretensão de internação psiquiátrica.

Para além dessa questão, a consulta ao CNPJ da instituição no PJE-TJMG revela a existência de ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público de Minas Gerais, em tramitação pública, visando impedir a ILPI de continuar exercendo suas atividades, autuada sob o nº 5070280-35.2019.8.13.0024. A medida foi proposta em razão de irregularidades identificadas pelo Setor de Orientação Psicossocial do MPMG durante inspeções realizadas no local, as quais comprometiam a qualidade da assistência prestada aos idosos e potencialmente os colocavam em situação de risco.

A primeira vistoria do Serviço de Orientação Psicossocial do MPMG que constatou irregularidades significativas ocorreu em 25/09/2023, aproximadamente três anos após a data de acolhimento da pessoa envolvida no Processo nº 35, havendo indícios de que ela já não se encontrava na instituição no momento da inspeção. Apesar disso, as informações relativas ao

²⁹² Processos nº 9, 35 e 39.

²⁹³ Processo nº 9.

²⁹⁴ Processo nº 35.

²⁹⁵ Processo nº 39.

²⁹⁶ Processo nº 35, ID 1915049958 - Pág. 2.

²⁹⁷ As Instituições de Longa Permanência para Idosos estão previstas no item 5 do Anexo da Resolução nº 109/2009 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), que aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais e regulamenta os Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade. Nessa classificação, a ILPI enquadra-se como “abrigo institucional” (art. 1º, inciso III, alínea a).

estabelecimento que recebeu a pessoa com transtorno por uso de substâncias permanecem pertinentes, pois evidenciam a desconformidade de alguns dos locais que acabam acolhendo as pessoas envolvidas na amostra de processos selecionada, inadequação que pode, inclusive, representar risco para essas pessoas.

Passando às ações extintas por outros fundamentos, foram identificados 3 processos nos quais também foi possível constatar a presença de relatório médico indicando a necessidade de internação psiquiátrica, bem como o encaminhamento da pessoa com transtorno mental a algum tipo de instituição privada.

Na primeira ação julgada extinta, o fundamento adotado foi a ausência de legitimidade da parte autora para formular, em juízo, o pedido de internação psiquiátrica compulsória. O caso, já mencionado no item 3.2.1, envolveu a compreensão do julgador de que, para que o pai pudesse pleitear medida dessa natureza, seria necessária a prévia declaração de incapacidade de seu filho.

Nesse processo o pedido liminar foi indeferido e a família procurou uma clínica para o acolhimento da pessoa com transtorno por uso de substância²⁹⁸, a qual não possui inscrição no CRM-MG e nem no CNES. Ainda sobre esse processo, chama atenção o fato de que o relatório elaborado pelo médico psiquiatra que estava acompanhando o caso no estabelecimento de destino indicou ser necessário o acolhimento “em comunidade terapêutica para tratamento de dependência química de maneira involuntária por prazo não inferior a 12 meses”²⁹⁹. A indicação de um período tão extenso de acolhimento chama a atenção por destoar dos padrões observados nos demais processos examinados. Na maioria deles, a documentação médica não fixa prazo para internação ou acolhimento e, quando o faz, estabelece períodos significativamente mais curtos, geralmente em torno de 60 dias³⁰⁰.

No segundo desses processos, a ação foi julgada extinta sem resolução do mérito em razão da desistência da parte autora, sem indicação do que teria justificado essa decisão. Trata-se do processo nº 44, já mencionado neste trabalho, no item 3.3.4.2, no qual a pessoa com transtorno por uso de substâncias foi encaminhada a uma comunidade terapêutica acolhedora³⁰¹. Por se tratar de instituição de acolhimento, ela não possui inscrição no CRM-MG nem registro no CNES.

²⁹⁸ Processo nº 22.

²⁹⁹ Processo nº 22, ID. 1914734831.

³⁰⁰ É o que acontece, por exemplo, nos seguintes processos: 2; 19; 35; 37.

³⁰¹ Processo nº 44.

Nesse ponto, mostra-se necessário relembrar da distinção entre comunidade terapêutica de natureza acolhedora e clínica médica especializada em dependência química (ou comunidade terapêutica médica), de acordo com o teor da Nota Técnica nº 3/2024³⁰², elaborada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), já mencionada no item 2.1.1.

As comunidades de natureza acolhedora não desenvolvem terapêuticas que dependam da atuação de profissionais de saúde e, por essa razão, classificam-se como serviços de interesse para a saúde, e não como serviços de saúde propriamente ditos. Trata-se de instituições que oferecem atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas em regime residencial, tendo como principal instrumento terapêutico a convivência entre pares. Seguindo essa linha, são compreendidas como equipamentos de natureza social.

Já as comunidades terapêuticas médicas (ou clínica médica especializada em dependência química) são serviços de saúde mental, devendo contar com responsabilidade técnica médica e observar integralmente as normas que regulam o funcionamento dos estabelecimentos de saúde. Elas oferecem intervenções médicas para a desintoxicação, como prescrições voltadas ao tratamento de comorbidades e procedimentos de natureza clínica. Por essa razão, qualificam-se como equipamentos de saúde.

Uma comunidade terapêutica nunca será compatível com um serviço de internação psiquiátrica, pois não se trata de um estabelecimento de saúde. Exatamente por esse motivo, o art. 23-A, § 9º, da Lei de Drogas estabelece que “é vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras”. De outro lado, a comunidade terapêutica médica, dependendo da composição da equipe e dos turnos de prestação de serviço, poderá oferecer leitos de tratamento psiquiátrico de natureza hospitalar, desde que atenda às exigências legais para essa modalidade de serviço de saúde, como abordado no item 2.2.1 deste trabalho.

Outro aspecto que merece destaque é que o art. 3º da Lei Estadual nº 22.460/2016 dispõe expressamente que as comunidades terapêuticas somente poderão acolher pessoas com transtornos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas que aderirem de forma voluntária ao acolhimento e que forem encaminhadas por serviço da rede pública de saúde, após avaliação clínica, psiquiátrica e odontológica que as considere aptas para essa modalidade de cuidado.

³⁰² BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Nota Técnica nº 3, de 9 de fevereiro de 2024**. Brasília, DF: ANVISA, 2024.

Voltando ao caso concreto do processo nº 44, a inadequação do estabelecimento para receber a pessoa com transtorno mental foi constatada nos autos, conforme inspeção realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Juatuba-MG, a pedido do Ministério Público de Minas Gerais. O relatório de inspeção registra que a pessoa acolhida afirmou não frequentar consultas médicas há algum tempo e apresentava quadro de confusão, dificuldade de fala, reflexos lentos e episódios de choro, solicitando insistentemente contato com a família. A respeito do uso de medicação, os relatos colhidos foram contraditórios. Embora a ficha de triagem indicasse a ausência de uso de medicamentos, foi apresentado um recipiente contendo três tipos de comprimidos supostamente utilizados pela pessoa com transtorno por uso de substâncias. Desses, apenas o Diazepam 10 mg possuía identificação, enquanto os demais não apresentavam qualquer rotulagem ou informação adequada³⁰³.

Aqui é importante esclarecer que, para além do transtorno por uso de substância, a pessoa envolvida no processo apresentava a hipótese diagnóstica associada de esquizofrenia paranoide, com quadro psicótico crônico. Essa situação, conforme parecer do médico psiquiatra do MPMG³⁰⁴, exigiria acompanhamento multiprofissional, incluindo psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional, o que não é disponibilizado em uma comunidade terapêutica acolhedora. Diante disso, o especialista indicou a necessidade de internação em unidade hospitalar adequada, como o Hospital Galba Velloso ou o Instituto Raul Soares³⁰⁵.

Também merece destaque o fato de que, nesse processo, embora o pedido de tutela de urgência tenha sido deferido, o único tipo de acolhimento oferecido pela parte ré, em especial pela Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), foi o de natureza ambulatorial. Pelo que se vê dos autos, após a saída da pessoa com transtorno por uso de substâncias da comunidade terapêutica,

³⁰³ Segue a transcrição parcial do relatório de inspeção, com a devida ocultação do nome da pessoa acolhida: “O interno declarou que atualmente anda se sentindo mal e que não vai a consultas em Belo Horizonte já faz algum tempo. No momento do início da inspeção, encontrava-se confuso, com dificuldades de fala e de se fazer entender, reflexos lentos, em alguns momentos apresentou-se choroso. Solicitava de maneira insistente que entrássemos em contato por telefone com a família para que fossem buscá-lo. Perguntou se estávamos lá para darmos alta a ele. A princípio os colaboradores relataram que (nome da pessoa) não tomava medicamentos. Posteriormente nos foi apresentado um recipiente com tampa, contendo embalagens de plástico, individuais, onde se viam 03 (três) tipos de medicação em cada embalagem. Uma delas se trata de comprimido de Diazepam 10mg, sendo que as outras duas não estão identificadas corretamente. Desta forma não foi possível a identificação visual do tipo de substância. Ressalta-se que na Ficha de Triagem consta que o interno não faz uso de medicação.” (Processo nº 45, ID 98157114 - Pág. 4)

³⁰⁴ Processo nº 44, ID 101512145.

³⁰⁵ Hoje em dia essa indicação seria de difícil cumprimento, considerando que o Hospital Galba Velloso interrompeu seus atendimentos psiquiátricos em março de 2020 e que o Instituto Raul Soares não recebe usuários da rede de saúde mental de Belo Horizonte/MG, encaminhando-os aos Centros de Atenção Psicossocial do município. (MG2. Governo define nova sede para Hospital Eduardo de Menezes após fechar atendimento psiquiátrico em Belo Horizonte. **G1 Minas Gerais**, Belo Horizonte, 4 jan. 2022.; G1 MINAS. Em plena pandemia do novo coronavírus, Belo Horizonte está sem hospitais psiquiátricos. **G1 Minas Gerais**, 9 set. 2020.)

ela foi inserida espontaneamente em tratamento nas modalidades de hospitalidade noturna e permanência dia, o que, segundo a própria PBH, corresponderia ao cumprimento da medida de urgência deferida.

No último desses 3 processos, a extinção aconteceu em razão do falecimento da pessoa com transtorno por uso de substância³⁰⁶. Nele, o pedido de tutela de urgência para internação psiquiátrica foi deferido, mas não chegou a ser cumprido. Assim, a familiar responsável pelo ajuizamento da ação buscou, por conta própria, outro estabelecimento que acolhesse a pessoa, o que resultou em sua admissão em uma comunidade terapêutica acolhedora³⁰⁷. Como é intuitivo, esse tipo de instituição não possui inscrição no CRM-MG nem registro no CNES.

Embora constem poucas informações nos autos sobre esse acolhimento, é possível identificar que o valor mensal pago à comunidade era de R\$ 500,00³⁰⁸. Como já discutido no item 4.1 deste trabalho, essa quantia se mostra absolutamente incompatível com o nível de cuidado exigido pelo quadro de uma pessoa que necessita de internação psiquiátrica.

Diante dos casos analisados neste item, observa-se que o encaminhamento da pessoa com transtorno por uso de substâncias a instituições privadas tecnicamente inadequadas decorre, em grande medida, da insuficiência de respostas institucionais e da necessidade de manejo imediato de situações de risco.

A urgência vivenciada pelas famílias tende a orientar a escolha por estabelecimentos disponíveis no mercado privado, preferencialmente de baixo custo, ainda que estes não atendam às exigências técnicas, estruturais ou legais próprias da internação psiquiátrica, comprometendo a segurança da pessoa com transtorno por uso de substâncias e esvaziando a finalidade da medida, que deveria ser protetiva.

Nessa linha, o conjunto de situações descritas evidencia um deslocamento da internação psiquiátrica para espaços que não se qualificam como serviços de saúde, o que contrasta com a diretriz fixada pelo art. 4º, § 3º, da Lei nº 10.216/2001, ao vedar a internação em instituições com características asilares.

4.3 Informações extraídas dos processos sobre a Rede de Atenção Psicossocial em Belo Horizonte

³⁰⁶ Trata-se do caso em que a certidão de óbito registra que a causa da morte era desconhecida, constando a anotação “aguardando exames”.

³⁰⁷ Processo nº 50.

³⁰⁸ Processo nº 50, ID 17338285.

Da leitura das peças de defesa apresentadas pela Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) e pelo Estado de Minas Gerais (EMG), assim como da documentação que as acompanha, é possível identificar elementos que se relacionam a diretrizes adotadas na condução da política de saúde mental, conforme se passará a expor.

Entre os documentos comumente apresentados pelo EMG, destaca-se a Nota Técnica Padrão AT/SES nº. 1862/2013, elaborada em 14/05/2013 por médico parecerista vinculado à Secretaria de Estado de Saúde³⁰⁹, na qual se sustenta que as mudanças introduzidas pela Lei nº 10.216/2001 no modelo assistencial em saúde mental, especialmente o processo de desospitalização do cuidado, não implicariam a eliminação de leitos psiquiátricos no âmbito hospitalar:

Embora o sistema de internação venha sendo substituído, a rede pública de saúde dispõe também de leitos psiquiátricos, visando atender principalmente aos pacientes que não têm condições de voltar para casa. Esses leitos são disponibilizados em hospitais gerais, que nada lembram as antigas instituições psiquiátricas. Nos últimos anos, boa parte dos leitos psiquiátricos foram fechados, sem a necessária implantação de serviços substitutivos pelos municípios. Junto a isso, houve o crescimento vertiginoso no número de dependentes químicos, devido em grande parte à disseminação agravada da epidemia do uso de crack. Essa diminuição dos leitos psiquiátricos, que não foi acompanhada pela construção em tempo hábil de espaços alternativos em número suficiente para o tratamento de indivíduos com transtornos mentais, leva a demoras no atendimento ao usuário.

Se houver necessidade de internação, cabe ao município de residência dos pacientes encaminhá-los para hospital especializado (por exemplo, Hospital Galba Veloso ou Instituto Raul Soares - FHEMIG, ambos localizados em Belo Horizonte/MG) para o tratamento da crise aguda (código de procedimento pela Tabela de Procedimentos do SUS: 0303170085 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA - HOSPITAL GERAL), à possibilidade de realizar o tratamento ambulatorial e acompanhamento do mesmo no Centro de Referência em Saúde Mental (CAPS).

Após a elaboração do documento, o número de leitos psiquiátricos hospitalares disponíveis em Belo Horizonte/MG reduziu ainda mais. Como consta da nota de rodapé nº 305, o Hospital Galba Veloso interrompeu seus atendimentos psiquiátricos em março de 2020 e que o Instituto Raul Soares não recebe usuários da rede de saúde mental do município de Belo Horizonte/MG.

Conforme se vê das informações disponibilizadas no site da PBH, o tratamento psiquiátrico hospitalar ofertado pela rede municipal se limita a 10 leitos no Hospital Municipal Doutor Célio de Castro (HMDCC), esclarecimentos esses que seguem transcritos abaixo:

O HMDCC possui 220 leitos, destes 200 são habilitados como retaguarda para atendimento de urgência. Observada a necessidade da rede há algum tempo, foi

³⁰⁹ Processo nº 50, ID 12985934.

negociado que 10, destes 220 leitos de urgência, seriam destinados para eventuais internações de pacientes portadores de sofrimento mental com comorbidades clínicas. O objetivo desses leitos é o tratamento das “questões clínicas” em pacientes portadores de sofrimento mental, que muitas vezes têm dificuldade de manter seu atendimento na rede em outros dispositivos, como as Unidades de Pronto Atendimento.³¹⁰

Na mesma linha, o manual elaborado em 2024 pela Prefeitura de Belo Horizonte a respeito da rede de atenção à pessoa em uso prejudicial de álcool e outras drogas, traz as seguintes informações a respeito dos leitos psiquiátricos no Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro:

- Leitos destinados a pacientes com desestabilização clínica grave, como Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) grave, outras complicações clínicas decorrentes de uso de álcool e outras drogas, catatonias, Síndrome Neuroleptica Maligna.
- 10 Vagas disponibilizadas para pacientes em tratamento nos CERSAMs e CERSAMs AD.^{311,312}

As considerações constantes da Nota Técnica Padrão AT/SES nº 1.862/2013 são corroboradas por Christina Fornazari, Edson Shiguemi Hirata e Maitê Cruvinel Oliveira, que destacam que a redução de leitos psiquiátricos, quando não acompanhada do fortalecimento da rede substitutiva, pode gerar impactos negativos sobre a política de saúde mental, incluindo o aumento das internações involuntárias. Confira-se:

A redução de leitos psiquiátricos sem a melhora de serviços comunitários está associada ao aumento da taxa de internação involuntária. Por exemplo, na Inglaterra, ocorreu um aumento de 20% na taxa de internação involuntária no período de 1996 a 2006, enquanto, nesse mesmo período, houve redução do número de leitos psiquiátricos.

No Brasil, uma política nacional de redução gradual do número de leitos psiquiátricos teve início na década de 1990. Essa redução foi significativa a ponto de o Brasil ter se tornado um dos países com menor proporção de leitos psiquiátricos do mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). O número de leitos psiquiátricos passou de 72.514 a 42.076 no período de 1996 a 2005, segundo o Ministério da Saúde, em 2005. Tal redução do número de leitos psiquiátricos não foi acompanhada pelo aumento de serviços comunitários de saúde mental, como ambulatório, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital-dia, etc., o que gerou desassistência. Esse descompasso, bem como o aumento de notificações, pode ter contribuído para o

³¹⁰ BELO HORIZONTE. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde Mental**. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 19 fev. 2025. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saude-mental>. Acesso em: 7 jan. 2026.

³¹¹ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de atenção em rede à pessoa em uso prejudicial de álcool e outras drogas**: diretrizes para o cuidado e articulação entre os serviços. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2024. p. 14.

³¹² Vale lembrar que, em Belo Horizonte, ao invés de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), utiliza-se a nomenclatura Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), mas se trata de serviços equivalentes.

aumento de 2,5 a 21,2% de internações involuntárias, no período de 2001 a 2008, no estudo realizado por Minatogawa-Chang e colaboradores.³¹³

Por sua vez, a PBH apresentou, em alguns dos processos examinados, documento intitulado “Considerações desta Coordenação de Saúde Mental sobre Internações Compulsórias”, no qual se indica como autora a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA)³¹⁴. O referido documento não informa a data de sua elaboração, sendo possível apenas afirmar que já se encontrava produzido em 2016, uma vez que foi juntado aos autos do processo nº 51 em 10/10/2016.

No referido documento, consta o tópico “O MBH³¹⁵ dispõe de unidade de saúde para internação compulsória?”, cuja resposta é a seguinte:

Belo Horizonte possui uma rede articulada de vários pontos de cuidado em saúde. No âmbito da Saúde Mental esta rede é composta por dispositivos diversos desde o atendimento às crises do portador de sofrimento mental, até a reabilitação psicossocial e inserção social. Os Cersams, Cersams AD e Cersami são as unidades de atendimento dos casos mais graves e com necessidade de intervenção no quadro agudo. Estes serviços são potentes, funcionando 24 horas, com equipes multidisciplinares, com acolhimento em permanência dia e com leitos de hospitalidade noturna. Quando necessário alguma intervenção involuntária, os Cersams são os equipamentos adequados para sua realização, considerando situações específicas e particulares e após avaliação da equipe responsável. A presença involuntária do usuário, quando indicada, deve ser feita dentro do menor tempo possível, devidamente comunicada ao Ministério Público como prevê a legislação. A reversão para a modalidade voluntária deve ser avaliada diariamente.³¹⁶

Mais adiante, os questionamentos “quais hospitais em Belo Horizonte são padronizados para esse tipo de tratamento? Eles são de gestão municipal? Há convênios com essa SMSA³¹⁷?” são respondidos nos termos transcritos abaixo:

Belo Horizonte, desde 1992, iniciou o tratamento dos casos graves de portadores de sofrimento mental em serviços substitutivos e territorializados, com ampliação gradativa destes dispositivos, substituindo o tratamento hospitalar, asilar, em tratamento em liberdade e com protagonismo do usuário e de seus responsáveis. Atualmente o SUS BH possui a seguinte rede de cuidado ao portador de sofrimento mental:

Rede de Urgência em Saúde Mental:

- 08 CERSAMs (Centro de Referência em Saúde Mental) – Nas regionais Norte, Noroeste, Oeste, Leste, Pampulha, Venda Nova, Barreiro, Nordeste. Atendem pacientes com transtornos mentais em crise. Formados por equipes multidisciplinares (médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre

³¹³ FORNAZARI, Christina; HIRATA, Edson Shiguemi; OLIVEIRA, Maitê Cruvinel. Internações psiquiátricas involuntárias. In: BARROS, Daniel Martins de; CASTELLANA, Gustavo Bonini (org.). **Psiquiatria forense...**p. 117.

³¹⁴ Processo nº 50, ID 14277336.

³¹⁵ Município de Belo Horizonte.

³¹⁶ Processo nº 50, ID 14277336, p. 1.

³¹⁷ Secretaria Municipal de Saúde.

outros). Funcionam de segunda a domingo, 24 horas, com acolhimento das 7 às 19 horas.

- 03 CERSAM AD (Centro de Referência em Saúde Mental para Álcool e outras Drogas): Atendem pessoas em uso abusivo e dependência de drogas em momento de crise. CERSAM AD Pampulha (atende as regionais Noroeste, Pampulha e Venda Nova), CERSAM AD Barreiro (atende regionais Barreiro e Oeste) e CERSAM AD Nordeste (atende regiões Norte e Nordeste). Formados por equipes multidisciplinares (médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros). Funcionam de segunda a domingo, 24 horas, com acolhimento das 7 às 19 horas.

- 01 CERSAMI (Centros de Referência em Saúde Mental Infantil/Adolescentes): Atende crianças e adolescentes em crise, seja pelo uso abusivo de drogas, seja por algum outro transtorno mental das regionais Noroeste, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Funciona 24 horas, com acolhimento das 7 às 19 horas. Crianças e adolescentes das regionais Centro Sul, Leste, Norte, Nordeste e Barreiro são referenciadas para CEPAI/FHEMIG.

- SUP (Serviço de Urgência Psiquiátrica): Com funcionamento exclusivamente noturno, oferece cuidado aos casos inscritos em Hospitalidade Noturna nos CERSAMs, CERSAMs AD e Cersami, também recebe os casos encaminhados pelo SAMU, e diversos serviços de urgência da cidade.

Atenção Básica:

- 147 Centros de Saúde: Todos com psicólogos (01 em cada CS), além de 58 Equipes de Saúde Mental distribuídas pelos 09 distritos sanitários.

- 09 Equipes Complementares: Com a composição de 01 terapeuta ocupacional, 01 fonoaudiólogo e 01 Psiquiatra Infantil, as equipes complementares, uma em cada regional, acompanham casos de crianças e adolescentes que requeiram atendimento mais especializado, mas que não estão em situação de crise.

- 04 Equipes de Consultórios de Rua: Localizados nas regiões Centro Sul/Leste, Noroeste, Oeste e Norte, são dispositivos que abordam os usuários de drogas em cenas públicas de uso.

- 49 Oficinas de Arte da Saúde: Programa que atende crianças e adolescentes em grande vulnerabilidade psicossocial, através de oficinas de arte e artesanato, supervisionados e acompanhados por profissionais da saúde.

- 01 Incubadora de Empreendimentos/SURICATO: Dispositivo de trabalho e geração de renda para usuários acompanhados nos serviços de Saúde Mental.

- 09 Centros de Convivência: Em número de um centro de convivência por regional, são locais de produção de arte e cultura, para usuários adultos em acompanhamento nos dispositivos de saúde mental.

- 01 Unidade de Acolhimento Transitório: Unidade inaugurada recentemente, que recebe, por até seis meses, em regime de moradia provisória, usuários dos CERSAM AD em processo de reabilitação psicossocial.

- 31 SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos): São casas que recebem usuários egressos de longa internação.

Também fazem parte da rede de atenção ao portador de sofrimento mental e aos usuários em uso prejudicial de álcool e outras drogas os pontos da Rede de Atenção às urgências/emergências e hospitais gerais:

- SAMU
- UPAS

Da leitura do documento técnico apresentado pela Prefeitura de Belo Horizonte, verifica-se que não há sequer menção ao encaminhamento da pessoa com transtorno por uso de substâncias para leitos hospitalares. Ao contrário, o próprio questionamento formulado acerca da internação compulsória indica que os CERSAMs são apontados como as unidades de atendimento destinadas aos casos mais graves.

Convém lembrar que, em nenhum dos processos nos quais foi deferida tutela de urgência para internação psiquiátrica compulsória, a medida foi efetivada em leito hospitalar público. Essa constatação é compatível com a própria organização da rede de saúde mental municipal, vez que a Prefeitura de Belo Horizonte dispõe de apenas 10 leitos de internação psiquiátrica voltados para tratamento de questões clínicas gerais das pessoas com transtorno mental, o que certamente restringe significativamente sua utilização. Para além disso, a documentação produzida pelo próprio ente municipal revela que o fluxo assistencial interno da política de saúde mental não prevê o encaminhamento de casos de transtorno por uso de substância para leitos de tratamento psiquiátrico hospitalar, sinalizando a atuação apenas dos serviços substitutivos.

Voltando aos eixos de diferenciação entre atos protetivos e paternalistas abordados no Capítulo 1, embora se reconheça que a indicação de tratamentos psiquiátricos hospitalares envolva debates de natureza técnica e política, é imprescindível que a definição da terapêutica adequada em cada caso seja orientada pela efetiva proteção da pessoa com transtorno mental, e não por critérios meramente estruturais. Nesse sentido, é legítimo questionar se a disponibilização de apenas 10 leitos psiquiátricos é compatível com as necessidades assistenciais de um município do porte de Belo Horizonte/MG.

Registre-se, ainda, que, quando a Rede de Atenção Psicossocial não consegue atender adequadamente às necessidades da população, seja pela insuficiência de leitos para internação psiquiátrica, seja pela fragilidade dos serviços substitutivos, a pessoa com transtorno mental e seus familiares acabam deixados à própria sorte, o que pode levá-los a adotar decisões prejudiciais à saúde da pessoa em tratamento, conforme já discutido no item 4.2. Nessas circunstâncias, tais escolhas tendem a assumir caráter paternalista, em detrimento de uma atuação efetivamente protetiva.

4.4 Desafios na avaliação da pessoa com transtorno por uso de substâncias

Conforme tratado no item 3.3.3.1, dos 52 processos da amostra selecionada, 35 apresentavam documento médico indicando a internação psiquiátrica. Desses, apenas 7 permitiam afirmar com certeza que teriam sido produzidos a partir da avaliação direta da pessoa com transtorno por uso de substância.

Nos demais processos em que há relatório médico, o profissional subscritor informa ter elaborado o documento com base exclusivamente em análise documental e em relatos de terceiros, ou sua redação não permite identificar qualquer contato direto do médico com a

pessoa com transtorno por uso de substâncias. Em alguns desses relatórios, existe a indicação de que o profissional que os assina já teria atendido, em alguma oportunidade anterior, a pessoa cuja internação se pretende.

A respeito da avaliação da pessoa com transtorno por uso de substância, convém lembrar da redação do art. 6º da Lei nº 20.216/2001, que estabelece que “a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”. De acordo com o que foi abordado no item 2.1.1, muito provavelmente o documento ao qual o artigo faz referência é o relatório médico circunstanciado³¹⁸, considerando que o laudo médico apenas é elaborado após a realização de exame complementar, conforme conceituação da Resolução CFM nº 2.381/2024.

Depois da análise dos processos de internação psiquiátrica compulsória selecionados para esta pesquisa, foi possível perceber que, na maioria das vezes, o documento que acompanhou a petição inicial não foi um relatório médico circunstanciado, mas, sim, um relatório produzido sem avaliação direta do paciente ou um parecer técnico³¹⁹, ambos com base em documentação e relatos de terceiros.

A respeito do relatório médico, convém retomar o disposto no art. 37 do Código de Ética Médica, já analisado no item 2.2.2.1, segundo o qual é admitida, em caráter excepcional, a prescrição de tratamentos ou a adoção de outros procedimentos sem o exame direto da pessoa destinatária da terapêutica, restrita às hipóteses de urgência ou emergência, desde que devidamente comprovada a impossibilidade de sua realização. O dispositivo prevê, ainda, que o exame deve ocorrer imediatamente após cessado o impedimento.

Embora se reconheça a dificuldade, em determinados contextos, de realização da avaliação médica de pessoas com transtorno por uso de substâncias, a normalização do chamado “relatório indireto” nas ações de internação psiquiátrica compulsória é motivo de preocupação. Em primeiro lugar, porque, na maioria dos casos, sequer se demonstra a impossibilidade de elaboração de relatório médico circunstanciado a partir de exame direto do paciente. Em segundo lugar, porque uma avaliação médica devidamente conduzida é de central importância para a definição da terapêutica mais adequada ao indivíduo, a qual pode, inclusive, não

³¹⁸ Rememore-se que o conceito de relatório médico circunstanciado é “documento exarado por médico que presta ou prestou atendimento ao(à) paciente, com data do início do acompanhamento; resumo do quadro evolutivo, remissão e/ou recidiva; terapêutica empregada e/ou indicada; diagnóstico (CID), quando expressamente autorizado pelo paciente, e prognóstico” (art. 4º, inc. VII, da Resolução CFM nº 2.381/2024)

³¹⁹ O que se observou, de modo geral, foi que a Defensoria Pública instruiu a maioria das demandas com relatórios médicos indiretos, ao passo que o Ministério Público, quando atuante, apresentou parecer técnico subscrito por seu Analista Psiquiatra.

corresponder ao tratamento psiquiátrico de natureza hospitalar. Esse cenário revela-se especialmente grave quando se considera que a internação psiquiátrica constitui medida excepcional e restritiva de direitos.

A mesma linha de raciocínio pode ser aplicada ao parecer técnico, manifestação médica fundamentada na literatura científica, em fatos ou em outras evidências disponíveis. O mencionado documento que é definido pelo art. 4º, inciso IX, da Resolução CFM nº 2.381/2024 da seguinte forma:

Art. 4º Para fins desta Resolução, entende-se por:

(...)

IX. Parecer técnico: documento expedido por médico especialista em área específica, de caráter opinativo, baseado na literatura científica, e quando na seara judicial fundamenta-se também nos autos do processo, em fatos, ou evidências, e na legislação aplicada; neste caso serão cobrados honorários pelo médico, quando em serviço privado.

Em grande parte dos casos, essa dificuldade advém da recusa da própria pessoa em comparecer aos serviços de saúde para fins de avaliação médica, o que também se reproduz no contexto da perícia judicial. Diante desse cenário, em 2 processos³²⁰ foi formulado, desde o ajuizamento da ação, pedido de condução coercitiva da pessoa para realização de avaliação médica em juízo, conforme já mencionado no item 3.3.3.1. Em um dos casos, o pedido foi indeferido e, no outro, sequer chegou a ser apreciado.

A partir das reflexões acima apresentadas, a análise da amostra de processos selecionada permite identificar três situações que foram abordadas nos autos, no que se refere à avaliação da pessoa com transtorno mental: (1) a apresentação de relatório médico circunstanciado produzido previamente ao ajuizamento da ação, documento que, via de regra, pressupõe a avaliação direta da pessoa; (2) a instrução da petição inicial com parecer técnico elaborado com base exclusivamente em análise documental e em relatos de terceiros; (3) a realização da avaliação do indivíduo posteriormente ao ajuizamento da ação, mediante condução coercitiva da pessoa.

A primeira situação corresponde, de forma evidente, ao que idealmente deveria acontecer em toda ação que tenha por objeto a internação psiquiátrica compulsória, por atender às exigências do art. 6º da Lei nº 20.216/2001. Por outro lado, tanto o segundo quanto o terceiro cenários apresentam aspectos problemáticos, os quais serão examinados a seguir.

Relativamente aos processos instruídos com relatório “indireto” ou parecer técnico elaborado a partir do exame de documentos e da oitiva de relatos de terceiros, além de se tratar

³²⁰ Processo nº 26 e 36.

de documentos diversos daquele exigido pelo art. 6º da Lei da Reforma Psiquiátrica, é possível questionar a suficiência dessa prova para embasar o pedido de internação psiquiátrica compulsória. Embora se trate de documentos capazes de trazer elementos técnicos relevantes, a ausência de contato direto entre o profissional médico e a pessoa com transtorno por uso de substâncias compromete a adequada avaliação de seu estado psíquico no momento do ajuizamento da ação.

Nesse contexto, cumpre reafirmar o caráter dinâmico dos transtornos psiquiátricos, cujos quadros não são estáticos e podem apresentar evolução, agravamento ou melhora em curtos intervalos de tempo. Essa característica repercute diretamente sobre a voluntariedade do indivíduo e sua aptidão para consentir com tratamentos médicos, conforme analisado nos itens 1.3 e 2.2.2.3, o que reforça a necessidade de realização de exame clínico contemporâneo, especialmente quando se está diante de medida excepcional e restritiva de direitos, como a internação psiquiátrica compulsória.

Outro aspecto que merece consideração é que os relatos de terceiros podem estar orientados por interesses alheios à efetiva promoção da saúde da pessoa com transtorno por uso de substâncias, o que recomenda cautela em sua utilização. Por essa razão, quando considerados, é desejável que venham, ao menos, acompanhados de indícios de prova documental capazes de lhes conferir maior consistência³²¹.

Assim, embora o relatório “indireto” ou parecer técnico apresentem fragilidades para, por si só, justificarem a decretação da internação psiquiátrica compulsória, eles podem desempenhar papel diverso no processo: o de fundamentar o pedido de adoção de medidas voltadas à viabilização da avaliação clínica direta da pessoa, inclusive, em situações-limite, por meio de condução coercitiva para fins exclusivos de exame médico, questão que será desenvolvida nos próximos parágrafos.

Em relação ao terceiro cenário, que envolve a realização da avaliação por meio de condução coercitiva da pessoa com transtorno por uso de substâncias, é relevante destacar que essa medida não está prevista na Lei da Reforma Psiquiátrica. A isso se soma o fato de que a determinação de condução coercitiva restringe a liberdade de locomoção do sujeito e pode gerar impactos à sua integridade física, destoando de garantias constitucionais como: a dignidade da pessoa humana (art. 1, inc. III³²²); o direito à vida, à liberdade e à segurança (art. 5º, *caput*); a

³²¹ Por exemplo, havendo relatos de risco de heteroagressão, é recomendável que sejam apresentados elementos objetivos que os corroborem, como boletins de ocorrência ou outros registros.

³²² Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: (...) III - a dignidade da pessoa humana.

vedação à tortura e ao tratamento desumano ou degradante (art. 5º, inc. III); a liberdade de locomoção (art. 5, inc. XV)³²³.

A jurisprudência do Tribunal de Justiça de Minas Gerais admite a condução coercitiva para realização de exames médicos em contexto de internação psiquiátrica compulsória apenas de forma excepcional e condicionada à demonstração da resistência do paciente, da existência de risco concreto à sua integridade ou à de terceiros, da insuficiência de alternativas menos gravosas e da presença de prova técnica minimamente robusta do transtorno mental³²⁴. Na ausência desses elementos, prevalece a proteção à liberdade e à autonomia da pessoa, com indeferimento da medida.

Da análise das petições iniciais dos processos que incluem pedido de condução coercitiva, observa-se que o requerimento foi formulado sem a indicação precisa dos dispositivos legais que amparariam a adoção dessa providência. De modo semelhante, a jurisprudência do Tribunal de Justiça de Minas Gerais examinada não se detém em uma fundamentação normativa aprofundada a respeito da medida.

Ainda assim, é possível justificar a condução coercitiva com base no poder geral de cautela, ou poder geral de prevenção, previsto no art. 297 do Código de Processo Civil, que estabelece que “o juiz poderá determinar as medidas que considerar adequadas para efetivação da tutela provisória”. Trata-se de prerrogativa do juiz, de caráter excepcional, voltada à adoção de providências provisórias indispensáveis à prevenção de risco de injustiça ou de lesão a direito, quando a demora inerente ao julgamento de mérito ou à solução definitiva do processo puder comprometer a efetividade do provimento final³²⁵.

A tutela jurisdicional pretendida com o ajuizamento da ação de internação psiquiátrica compulsória é a garantia da saúde da pessoa com transtorno mental grave, até que seja possível encaminhá-la para os meios extra-hospitalares de assistência. Para que a pertinência dessa tutela seja adequadamente avaliada, é necessária a apresentação de um relatório médico

³²³ Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...) III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante; (...) XV - é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens.

³²⁴ Com deferimento da medida: TJMG, Agravo de Instrumento nº 1.0153.14.000679-9/001, Rel. Des. Eduardo Andrade, 1ª Câmara Cível, j. 09.12.2014, pub. 17.12.2014; TJMG, Agravo de Instrumento nº 1.0625.14.012557-0/001, Rel. Des. Geraldo Augusto, 1ª Câmara Cível, j. 25.08.2015, pub. 01.09.2015; Com indeferimento da medida: TJMG, Agravo de Instrumento nº 1.0153.13.008404-6/001, Rel. Des. Heloisa Combat, 4ª Câmara Cível, j. 20.02.2014, pub. 26.02.2014; TJMG, Agravo de Instrumento nº 1.0637.15.006296-5/001, Rel. Des. Afrânio Vilela, 2ª Câmara Cível, j. 15.03.2016, pub. 28.03.2016; TJMG, Agravo de Instrumento nº 1.0000.22.270650-9/001, Rel. Des. Maria Inês Souza, 2ª Câmara Cível, j. 05.12.2023, pub. 06.12.2023.

³²⁵ THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de direito processual civil**...p. 640.

circunstanciado. No entanto, conforme evidenciado pelos processos da amostra analisada, a elaboração desse relatório antes do ajuizamento da ação frequentemente não é possível.

Diante desse cenário, a condução coercitiva para a realização da avaliação médica pode se apresentar como a única medida capaz de, em momento posterior do processo, viabilizar a efetiva apreciação e eventual concretização do pedido de tratamento psiquiátrico em regime hospitalar, desde que observados critérios rigorosos de necessidade e proporcionalidade.

Isso porque o exercício do poder geral de cautela encontra limite, em primeiro lugar, no requisito da necessidade, de modo que apenas a medida estritamente indispensável à preservação da utilidade da tutela jurisdicional pode ser admitida³²⁶. Da mesma forma, a providência adotada deve guardar relação de proporcionalidade com o provimento final pretendido, não sendo legítima a imposição de medida cautelar cujo alcance exceda os efeitos da tutela que se busca obter no julgamento definitivo do mérito³²⁷.

Relembre-se, ainda, que o art. 13 da Lei nº 13.146/2015 admite o atendimento da pessoa com deficiência sem o seu consentimento prévio, em casos de risco de morte e de emergência em saúde. Some-se a isso o disposto no art. 196 da Constituição Federal, que consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como a competência comum dos entes federativos para “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”, nos termos do art. 23, inciso II, da Constituição Federal.

Feitas todas essas considerações, ainda que, em caráter excepcional, a condução coercitiva possa ser adotada para viabilizar a avaliação clínica diante da recusa da pessoa em comparecer aos serviços de saúde, essa providência só se justifica quando comprovada sua necessidade e proporcionalidade. Para tanto, propõe-se que, nos casos em que não for possível apresentar relatório médico circunstanciado, a petição inicial seja instruída com relatório “indireto” ou parecer técnico, e que a apreciação do pedido de tutela de urgência seja precedida de convite para comparecimento voluntário ao exame médico e, no caso de não comparecimento, que seja realizada mediante condução coercitiva da pessoa cuja internação se pretende.

Em outras palavras, deve ocorrer em situações de risco iminente de morte ou emergência em saúde, desde que demonstrada a impossibilidade de alternativas menos gravosas ou a ineficácia das tentadas previamente.

³²⁶ THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de direito processual civil**...p.643.

³²⁷ THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de direito processual civil**...p.643.

Estabelecida a premissa de que a condução coercitiva para fins de avaliação psiquiátrica é juridicamente possível, o ideal é que o exame seja realizado por médico nomeado pelo juízo, como forma de assegurar a imparcialidade da avaliação. Esse cuidado se justifica pelo fato de que os médicos vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial integram serviços de saúde mental sob gestão municipal, sendo o Município, em regra, parte no polo passivo da maioria das ações de internação psiquiátrica.

Outra cautela indispensável consiste em assegurar que o profissional responsável pela avaliação seja médico psiquiatra ou médico clínico com formação ou experiência em saúde mental, em consonância com a lógica adotada pela Portaria de Consolidação MS nº 3/2017. Cumpre destacar, ainda, que nada impede que o magistrado se valha de instrumentos de apoio técnico, como os Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NatJus), os quais, em determinadas situações, podem representar alternativa mais ágil do que a espera pela elaboração de laudo pericial. Nesse sentido, a atuação do NatJus revela-se uma ferramenta que poderia ser mais amplamente desenvolvida e explorada pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais.

Por fim, não se pode desconsiderar que a condução coercitiva para fins de avaliação psiquiátrica, assim como qualquer forma de atendimento forçado, é potencialmente capaz de comprometer o vínculo terapêutico entre o profissional de saúde e a pessoa avaliada. Nesse sentido, reafirma-se que apenas a apresentação de relatório médico circunstanciado atende de forma adequada às exigências do art. 6º da Lei nº 10.216/2001, ao passo que a instrução da demanda com relatório “indireto” ou parecer técnico e a realização da avaliação mediante condução coercitiva constituem alternativas marcadas por relevantes fragilidades, distantes, portanto, das condições ideais para a avaliação do pedido de internação psiquiátrica compulsória.

Ultrapassado esse ponto, convém retomar os 3 eixos de distinção entre atos protetivos e paternalistas abordados no capítulo 1: (1) o perfil do sujeito da ação; (2) o grau de respeito à sua autonomia; e (3) a finalidade da intervenção. A avaliação adequada da pessoa com transtorno por uso de substância se relaciona, de certa forma, com todos esses eixos.

No que se refere ao primeiro eixo, o exame direto da pessoa possibilita verificar se se trata de sujeito suscetível ou vulnerado, desprovido de meios próprios para assegurar sua autoproteção.

Em relação ao segundo eixo, considerando que o princípio da proteção admite intervenções sem a obtenção de consentimento apenas em situações excepcionais, como quando

o sujeito não detém aptidão para consentir, é por meio do exame médico que se poderá constatar a ausência das condições necessárias ao exercício dessa manifestação de vontade.

Por fim, no que se refere ao terceiro eixo, é somente a partir de uma avaliação adequada e atual que se torna possível indicar a terapêutica mais apropriada ao quadro da pessoa com transtorno por uso de substâncias, a qual pode, inclusive, não demandar internação hospitalar. A avaliação, nesse sentido, constitui ato indispensável para que o tratamento proposto assumira caráter genuinamente protetivo, e não paternalista.

4.5 A ausência de disciplina processual específica na internação psiquiátrica compulsória e seus reflexos sobre as garantias processuais

Conforme já apontado no item 3.2.2.2, em número expressivo dos casos examinados não foram observadas as formalidades necessárias à regular citação da parte interessada e, na ausência de constituição de representante processual, tampouco se procedeu à nomeação de curador especial. Assim, a análise da participação da pessoa com transtorno por uso de substâncias nos processos da amostra selecionada revelou um padrão preocupante de fragilização da garantia do devido processo legal, do contraditório e da ampla defesa (art. 5º, inciso LIV e LV, CF³²⁸).

Essa conduta se afasta do segundo eixo de distinção entre atos protetivos e paternalistas, descrito no Capítulo 1, na medida em que evidencia a negligência de garantias processuais destinadas a assegurar o respeito à autonomia da pessoa cuja internação se pretende, comprometendo a legitimidade protetiva da intervenção.

A ausência de regramento processual específico para a internação psiquiátrica compulsória certamente contribui para o surgimento de situações problemáticas como essa. Isso porque a inexistência de parâmetros procedimentais claros favorece o desenvolvimento de uma atuação judicial inconsistente, com soluções casuísticas, que podem restringir direitos fundamentais do sujeito que se pretende internar.

Nesse contexto, sustenta-se, nesta pesquisa, que o tratamento hospitalar psiquiátrico determinado judicialmente demandaria disciplina própria no âmbito do Código de Processo Civil, capaz de delimitar, de modo expresse, seus pressupostos, sujeitos, procedimentos e

³²⁸ Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...] LIV - ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal; LV - aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contraditório e ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes.

salvaguardas. A positivação de regras específicas para a internação psiquiátrica compulsória contribuiria, inclusive, para restringir a medida às hipóteses efetivamente excepcionais, reduzindo o espaço para valorações subjetivas do julgador, o que se mostra especialmente recomendável diante do caráter restritivo de direitos da intervenção.

Todavia, cumpre ressaltar que, ainda que inexista disciplina processual específica para a internação psiquiátrica compulsória, o ordenamento jurídico pátrio já dispõe de instrumentos capazes de assegurar, ao menos, a participação processual da pessoa com transtorno por uso de substância. O art. 72 do Código de Processo Civil³²⁹, ao impor a nomeação de curador especial ao incapaz desprovido de representante legal, e a possibilidade de aplicação analógica dos arts. 751, caput³³⁰, e 752, § 2º³³¹, do mesmo diploma, que consagram garantias relevantes no âmbito das ações de curatela, constituem exemplos de dispositivos aptos a integrar esses indivíduos à tramitação da ação de internação psiquiátrica. A análise dos processos examinados, contudo, demonstra que essas previsões normativas não vêm sendo adequadamente aplicadas, o que, como já indicado acima, contribui para o esvaziamento do caráter protetivo da intervenção judicial.

Diante desse quadro, impõe-se reconhecer que a efetiva observância das normas processuais já existentes, aliada à construção de parâmetros procedimentais mais claros e específicos, constitui condição indispensável para a qualificação da internação psiquiátrica compulsória como medida genuinamente protetiva.

A partir desse diagnóstico e dos demais elementos analisados ao longo deste capítulo, o capítulo seguinte será dedicado à sistematização das conclusões desta pesquisa e as propostas voltadas ao aprimoramento normativo e procedimental da ação de internação psiquiátrica compulsória, com o objetivo de promover maior coerência entre sua aplicação prática e a finalidade protetiva que lhe serve de fundamento.

³²⁹ Art. 72. O juiz nomeará curador especial ao: I - incapaz, se não tiver representante legal ou se os interesses deste colidirem com os daquele, enquanto durar a incapacidade;

³³⁰ Art. 751. O interditando será citado para, em dia designado, comparecer perante o juiz, que o entrevistará minuciosamente acerca de sua vida, negócios, bens, vontades, preferências e laços familiares e afetivos e sobre o que mais lhe parecer necessário para convencimento quanto à sua capacidade para praticar atos da vida civil, devendo ser reduzidas a termo as perguntas e respostas.

³³¹ Art. 752. Dentro do prazo de 15 (quinze) dias contado da entrevista, o interditando poderá impugnar o pedido. [...] § 2º O interditando poderá constituir advogado, e, caso não o faça, deverá ser nomeado curador especial.

CONCLUSÃO

De acordo com o que foi desenvolvido ao longo desta dissertação, a internação psiquiátrica compulsória, especialmente a de pessoas com transtorno por uso de substância, constitui terapêutica de caráter excepcional, admissível apenas quando demonstrada a insuficiência dos recursos extra-hospitalares de tratamento. Além disso, para a sua implementação, exige-se que o quadro mental apresentado pela pessoa a ser internada seja de tamanha gravidade que comprometa sua capacidade de consentir com tratamentos médicos ou afaste sua voluntariedade para tanto, e, ainda, que estejam presentes situações de risco grave e iminente à própria pessoa ou a terceiros.

Nesses cenários, e quando prestado em conformidade com as normativas que lhe são aplicáveis, o tratamento psiquiátrico de natureza hospitalar ordenado judicialmente assume caráter protetivo. Contudo, como demonstraram os resultados desta pesquisa, a depender da forma como a ação de internação psiquiátrica compulsória é conduzida, essa finalidade protetiva pode ser desvirtuada.

A análise dos 52 processos que integraram a amostra selecionada revelou a presença de falhas capazes de comprometer o potencial protetivo da intervenção judicial, aproximando-a de práticas de viés paternalista ou, ainda, expondo a pessoa que deveria ser protegida a situações de risco. O estudo desses processos foi conduzido à luz da bioética da proteção, marco teórico desta pesquisa, tomando como referência os três eixos de distinção entre atos protetivos e atos paternalistas apresentados no item 1.5: (1) o perfil do sujeito objeto da ação; (2) o grau de respeito à sua autonomia; e (3) a finalidade atribuída à intervenção.

Examinando-se os dados coletados na ação, verificou-se que os indivíduos cuja internação se pretende são predominantemente homens jovens, concentrados especialmente na faixa etária de 30 anos. No que se refere às substâncias psicoativas utilizadas, observou-se a prevalência do uso múltiplo de drogas, com destaque para o álcool, que, apesar de se tratar de produto lícito, está frequentemente associado, nos autos da amostra selecionada, a quadros de uso nocivo e a situações de vulneração, com grave comprometimento da integridade da pessoa com transtorno e da dinâmica familiar.

Para além do perfil do sujeito objeto da medida, outra constatação desta pesquisa foi que as ações de internação psiquiátrica compulsória são ajuizadas, em sua maioria, por familiares do sexo feminino, com prevalência das mães que foram responsáveis por

praticamente metade dos ajuizamentos, evidenciando o protagonismo feminino no exercício do dever de cuidado e solidariedade familiar.

Indo além, notou-se também que a internação psiquiátrica compulsória carece de regramento processual específico, lacuna que se mostra particularmente problemática por se tratar de medida que pode restringir direitos constitucionalmente assegurados, como a inviolabilidade da dignidade humana, a liberdade e a autonomia da vontade.

Em razão disso, defendeu-se, nesta dissertação, que o tratamento hospitalar psiquiátrico determinado judicialmente deveria ter disciplina própria no Código de Processo Civil, que estabelecesse, de forma expressa, dentre outras: as partes legitimadas para figurar no polo ativo e passivo da ação; a necessidade, ou não, de ajuizamento prévio de ação de curatela; as hipóteses excepcionais em que a terapêutica poderia ser ordenada; a admissibilidade da condução coercitiva para fins de verificação das condições de saúde mental do indivíduo e o procedimento a ser observado para execução dessa medida; a exigência de citação prévia da pessoa a ser internada antes da nomeação de curador especial; a obrigatoriedade de tramitação sob sigilo de justiça.

O adequado tratamento legal da matéria contribuiria para maior segurança jurídica, favorecendo a uma atuação mais uniforme do Poder Judiciário, e aprimoraria o instituto da internação psiquiátrica compulsória, potencializando a sua finalidade protetiva.

Nesse ponto, é importante ressaltar que, mesmo na ausência de normas processuais específicas, o ordenamento jurídico já dispõe de previsões que poderiam, e deveriam, ser aplicadas pelos magistrados, mas que, nos processos analisados, não o foram³³². Cite-se, como exemplo, o art. 72 do Código de Processo Civil, que impõe ao juiz a nomeação de curador especial ao incapaz sem representante legal ou em caso de conflito de interesses, bem como ao réu revel citado por edital ou com hora certa, enquanto não constituído advogado. Além disso, mostra-se igualmente possível a aplicação, por analogia, dos arts. 751, *caput*³³³, e 752, § 2º³³⁴, do Código de Processo Civil.

³³² Para ilustrar essa afirmação, vale mencionar que a nomeação de curador especial ou de advogado dativo para a pessoa a ser internada foi identificada em apenas oito dos quarenta processos em que a relação processual se encontrava completa, considerando-se, para os fins desta pesquisa, como critério de completude da relação jurídica a existência de ao menos um integrante do polo passivo validamente citado. Dentre esses oito processos, em quatro a pessoa com transtorno por uso de substâncias sequer havia sido citada anteriormente ao ato de nomeação do curador.

³³³ Art. 751. O interditando será citado para, em dia designado, comparecer perante o juiz, que o entrevistará minuciosamente acerca de sua vida, negócios, bens, vontades, preferências e laços familiares e afetivos e sobre o que mais lhe parecer necessário para convencimento quanto à sua capacidade para praticar atos da vida civil, devendo ser reduzidas a termo as perguntas e respostas.

³³⁴ Art. 752. Dentro do prazo de 15 (quinze) dias contado da entrevista, o interditando poderá impugnar o pedido. (...) § 2º O interditando poderá constituir advogado, e, caso não o faça, deverá ser nomeado curador especial.

Dando sequência às conclusões, para que a internação psiquiátrica compulsória possa ser qualificada como um ato de proteção, é indispensável que ela se revele verdadeiramente necessária e adequada ao quadro clínico da pessoa cuja internação se pretende. Essa verificação somente é possível a partir de uma avaliação de saúde adequada e atual da pessoa que se pretende internar, a ser realizada por psiquiatra ou médico clínico com formação ou experiência em saúde mental, de acordo com a lógica adotada pela Portaria de Consolidação MS nº 3/2017, e formalizada em relatório médico circunstanciado, nos termos exigidos pela Lei da Reforma Psiquiátrica.

Todavia, a leitura dos processos selecionados para o desenvolvimento desta dissertação revelou que poucos deles foram instruídos com relatório médico circunstanciado³³⁵. Na maioria dos casos, as petições iniciais vieram acompanhadas apenas de relatório médico “indireto” ou parecer técnico elaborados com base exclusiva na apreciação de documentos e em relatos de terceiros. Percebeu-se que, muitas das vezes, a dificuldade de examinar a pessoa advém de sua recusa pessoal em comparecer aos serviços de saúde para ser examinada, desafio que também se reproduz no contexto da perícia judicial.

A insuficiência da verificação do quadro de saúde mental da pessoa que se pretende internar, de forma direta e atual, compromete a apropriada aferição do seu estado psíquico no momento do ajuizamento da ação e fragiliza a fundamentação do pedido de internação psiquiátrica compulsória. As dificuldades na confecção de relatório médico circunstanciado levaram, em alguns processos, à formulação de pedidos de condução coercitiva para fins de exame médico. Trata-se de medida que pode viabilizar a produção do documento médico necessário, mas não está prevista expressamente na Lei da Reforma Psiquiátrica e que, por implicar restrição de direitos, somente se mostra admissível em hipóteses excepcionais, mediante a observância de critérios rigorosos de necessidade e proporcionalidade.

Assim, conforme abordado no item 4.4, nos casos em que não seja possível apresentar, desde o ajuizamento da ação, relatório médico circunstanciado, propôs-se que a petição inicial seja instruída com relatório médico “indireto” ou parecer técnico e que a apreciação do pedido de tutela de urgência seja precedida de convite para comparecimento voluntário ao exame médico e, no caso de não comparecimento, que seja realizada mediante condução coercitiva da pessoa cuja internação se pretende. Embora não se ignore a gravidade dessa medida, por

³³⁵ Em apenas oito dos processos analisados é possível afirmar, com segurança, que o documento foi elaborado a partir do exame direto da pessoa com transtorno por uso de substâncias psicoativas. Nos demais casos, o profissional subscritor informa ter fundamentado o documento exclusivamente na análise documental e em relatos de terceiros, ou a própria redação do parecer não permite identificar a existência de contato direto entre o médico e a pessoa avaliada.

implicar restrições à liberdade de locomoção e potencial impacto sobre a integridade física da pessoa, a condução coercitiva pode se apresentar, em situações excepcionais e justificadas pela gravidade do quadro narrado no parecer técnico, como o único meio apto a viabilizar a apreciação e eventual concretização do pedido de tratamento psiquiátrico em regime hospitalar.

Pondere-se, ademais, que a adoção dessa medida se mostra preferível e menos gravosa do que a fundamentação de uma futura internação psiquiátrica em parecer que não reflita, de forma efetiva, a real e atual condição de saúde da pessoa com transtorno por uso de substâncias psicoativas.

Prosseguindo nas considerações sobre a tramitação das ações de internação psiquiátrica, uma vez acolhido o pedido de tratamento hospitalar em sede de tutela de urgência pelo Poder Judiciário, para se garantir a proteção do sujeito objeto da medida é essencial assegurar que a instituição para a qual ele será encaminhado atenda aos requisitos técnicos exigidos para a internação psiquiátrica em regime hospitalar.

A esse respeito, verificou-se ao longo do item 4.1 que, dentre as ações em que houve o deferimento liminar do pedido de tratamento psiquiátrico hospitalar, apenas uma teve a medida realmente cumprida em ambiente apropriado. Em outras palavras, na maior parte dos casos, a tutela de urgência foi executada em estabelecimentos que não atendiam às exigências técnicas e normativas mínimas para a realização de internações psiquiátricas, circunstância capaz de converter uma intervenção originalmente protetiva em fator de risco à saúde e à integridade da pessoa internada ou, ao menos, em medida destituída de eficácia terapêutica.

Nesse ponto, convém lembrar que um dos fatores que contribuem para o encaminhamento de pessoas a estabelecimentos inadequados reside na confusão conceitual acerca da internação psiquiátrica, a qual, por suas próprias características, não pode ser realizada em ambiente ambulatorial, em clínicas especializadas que prestem serviços de natureza não hospitalar e, menos ainda, em comunidades terapêuticas acolhedoras. Essa confusão foi observada na formulação dos pedidos iniciais, na indicação de estabelecimentos para apresentação de orçamentos destinados ao cumprimento da tutela de urgência mediante bloqueio de valores e nas próprias decisões judiciais que selecionaram a proposta a ser executada, frequentemente orientadas pelo critério do menor custo.

Ponderou-se, portanto, que, para que a ação de internação psiquiátrica compulsória preserve sua finalidade protetiva, é indispensável que os sujeitos processuais dominem os significados dos instrumentos previstos na Lei da Reforma Psiquiátrica e nas normativas que estruturam a Rede de Atenção Psicossocial, abordadas de forma aprofundada nos itens 2.1.1 e

2.2.1 desta dissertação, de modo que a definição da medida a ser requerida e implementada no curso do processo seja orientada pela adequação terapêutica e pela segurança da pessoa com transtorno por uso de substâncias, e não por critérios meramente econômicos ou pela disponibilidade imediata de vagas.

Outro aspecto relevante evidenciado pelos dados coletados diz respeito à passagem do tempo, mais especificamente na demora na resposta judicial às situações de crise vivenciadas pelas pessoas com transtorno por uso de substâncias e por suas famílias³³⁶. A insuficiência ou a tardia atuação do Poder Público tende a impulsionar os familiares das pessoas com transtorno por uso de substância a buscar soluções extrajudiciais, muitas vezes em instituições privadas desprovidas de condições técnicas e até estruturais, o que amplia a exposição do indivíduo a práticas inseguras e potencialmente violadoras de direitos³³⁷.

Para além disso, alguns dos desfechos verificados nos processos analisados, como óbitos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, episódios de violência seguidos de morte e prisões, suscitam, inevitavelmente, a reflexão acerca da tempestividade e da efetividade das respostas ofertadas pelos sistemas de saúde e de justiça às situações de suscetibilidade e vulneração vivenciadas pelas pessoas com transtorno mental por uso de substância em quadros mais graves.

Nota-se, portanto, que a verdadeira proteção dos sujeitos envolvidos nas ações de internação psiquiátrica compulsória depende, também, da agilidade das respostas do Poder Judiciário ao longo das diversas etapas do processo.

Há ainda que se considerar os dados a respeito da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte/MG que foram tratados no item 4.3 deste trabalho, que demonstram a expressiva redução de leitos de tratamento psiquiátrico hospitalar em Belo Horizonte/MG, fato que também suscita questionamentos a respeito da suficiência da RAPS do município para atender à necessidade das pessoas com transtorno por uso de substâncias psicoativas suscetíveis ou em vulneração que precisem de cuidados mais intensivos.

Atualmente, a internação psiquiátrica da rede municipal de Belo Horizonte se restringe a apenas dez leitos no Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro, destinados prioritariamente a pacientes com descompensações clínicas graves associadas ao transtorno mental. Registre-se também que a documentação produzida pelo próprio ente municipal e juntado em diversos dos

³³⁶ A título exemplificativo, verifica-se que, nas ações com tutela de urgência deferida e efetivamente cumprida, a execução da medida demandou, em média, 388,2 dias, correspondentes a aproximadamente 1 ano e 22 dias.

³³⁷ Cita-se, como exemplo, as situações tratadas no item 4.2, a respeito da Instituição de Longa Permanência para Idosos e a comunidade terapêutica acolhedora que foi vistoriada pela Secretaria Municipal de Saúde de Juatuba-MG.

processos estudados indica que o fluxo assistencial da capital mineira não prevê o encaminhamento de pessoas com transtorno por uso de substâncias para tratamento psiquiátrico hospitalar. Esses achados se mostram compatíveis com as informações extraídas dos processos que compõem a amostra, os quais evidenciam que nenhuma das medidas de internação foi cumprida em leito hospitalar público.

Muito embora se admita que a indicação de tratamentos psiquiátricos hospitalares constitui medida excepcional e de elevada gravidade, envolvendo debates de natureza técnica e de política pública, é imprescindível que a definição da terapêutica adequada em cada caso seja orientada pela efetiva proteção da pessoa com transtorno mental, e não por condicionantes meramente estruturais, como a insuficiência de leitos.

Isso se mostra especialmente relevante diante do risco de que pessoas com transtorno por uso de substâncias sejam posteriormente encaminhadas a serviços inapropriados, potencialmente prejudiciais à sua segurança e à sua saúde. Assim, ainda que se reconheça a correção da máxima da excepcionalidade da internação psiquiátrica, mostra-se legítimo questionar se a disponibilização de apenas dez leitos psiquiátricos é compatível com as necessidades assistenciais de um município do porte de Belo Horizonte/MG.

Conforme se verifica a partir da presente pesquisa, a ausência de regramento processual específico, a insuficiente observância das garantias do contraditório e da ampla defesa, a precariedade ou inexistência de avaliação médica adequada e atual, o encaminhamento a estabelecimentos tecnicamente inadequados, a morosidade das respostas judiciais e a possível insuficiência estrutural da Rede de Atenção Psicossocial contribuem para a produção de cenários de desproteção de pessoas com transtorno por uso de substâncias psicoativas na amostra de processos selecionadas para esta pesquisa.

Ao longo do desenvolvimento deste estudo, observou-se que, enquanto o Poder Judiciário busca aprimorar suas práticas processuais e o Estado de Minas Gerais e o Município de Belo Horizonte discutem as causas estruturais do problema e as possíveis estratégias de enfrentamento, a pessoa que se pretende proteger pode permanecer exposta a riscos concretos e imediatos à sua saúde, à sua integridade física e à própria vida, bem como, em determinadas situações, à vida de terceiros.

Feitas todas essas considerações, conclui-se que a internação psiquiátrica compulsória apenas pode se legitimar como ato de proteção quando atendidos, de modo cumulativo, critérios normativos, procedimentais e estruturais que garantam sua incidência restrita a pessoas em situação de suscetibilidade e vulneração e que assegurem que a intervenção judicial seja rápida,

adequada e eficaz para a superação dessa condição. Para tanto, revela-se necessário trabalhar no sentido de qualificar e tornar mais ágil a resposta do Estado às necessidades das pessoas com transtorno por uso de substâncias psicoativas, inclusive por meio de edição de legislação e formulação de políticas públicas que atendam às necessidades desses sujeitos, a fim de que as respostas produzidas no âmbito das ações de internação psiquiátrica produzam resultados realmente protetivos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Nota Técnica nº 3/2024/SEI/CSIPS/GGTES/DIRE3/ANVISA**. Brasília: ANVISA, 2024.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. SciELO - Editora FIOCRUZ, 2019. E-book (Kindle).

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. Intrínseca, 2012. E-book (Kindle).

ARREGUY, Euclides Etienne M.; SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 117-126, 2005.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5-TR**: texto revisado. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2023. E-book.

AVELINO, Gabriel L. **Uso de smartphones em internações psiquiátricas de crianças e adolescentes**: uma revisão narrativa. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Psiquiatria) – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

BAGATIN, Thiago de Sousa; BOARINI, Maria Lucia. Centenário do Manicômio Judiciário: qual é o balanço social? **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 27, 2024.

BARIFFI, Francisco José. **El régimen jurídico internacional de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y sus relaciones con la regulación actual de los ordenamientos jurídicos internos**. 2014. 646 f. Tese (Doutorado em Direito Internacional Público) – Universidad Carlos III de Madrid, Getafe, 2014.

BARRETO NETO, Heráclito Mota. O princípio constitucional da autonomia individual. **Boletim Científico ESMPU**, Brasília, ano 13, n. 42-43, p. 331-366, jan./dez. 2014.

BARROS, Daniel M.; CASTELLANA, Gustavo B. (org.). **Psiquiatria forense**: interfaces jurídicas, éticas e clínicas. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2020. E-book.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. Tradução de Luciana Pudenz. São Paulo: Loyola, 2002.

BERTOLDO, A.; FERNANDES, H. T. L.; ALVIM, P. H. P. Estigma das doenças mentais: do vetor a patogenicidade. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1-4, 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica nº 3, de 9 de fevereiro de 2024**. Brasília, DF: ANVISA, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-no-3-2024-sei-csips-ggtes-dire3-anvisa>. Acesso em: 6 jan. 2026.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3.657, de 1989**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2001. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=13696>. Acesso em: 6 jan. 2026.

BRASIL. Congresso Nacional. **Diário do Congresso Nacional**: Seção XI. Brasília, DF, set. 1989.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 9 abr. 2001.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 11 jan. 2002.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 24 ago. 2006.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 7 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: 18-5 Dia Nacional da Luta Antimanicomial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/20-anos-da-reforma-psiquiatica-no-brasil/>. Acesso em: 14 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial - CAPS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 14 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 190, p. 118, 29 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 14 set. 2025.

CALLAHAN, Daniel. Principlism and communitarianism. **Journal of Medical Ethics**, Londres, v. 29, n. 5, p. 287-291, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1136/jme.29.5.287>. Acesso em: 15 jan. 2026.

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

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação CFM nº 1/2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília, DF: CFM, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 2.057, de 20 de setembro de 2013**. Consolida as normas para os médicos que atendem pessoas com transtornos mentais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 195, p. 183, 7 out. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 2.217, de 1º de novembro de 2018**. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 179, 22 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 2.232, de 17 de setembro de 2019**. Define as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes e dispõe sobre a recusa terapêutica em situações clínicas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 186, p. 133, 26 set. 2019.

DELGADO, Janet. Re-thinking relational autonomy: challenging the triumph of autonomy through vulnerability. **Bioethics Update**, v. 5, p. 50-65, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2018.12.001>. Acesso em: 15 jan. 2026.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel C.; LARANJEIRA, Ronaldo (org.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018. E-book.

DINIZ, Débora. **Solitário Anônimo**. 2007. Documentário (23 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=uTZEDtx8noU>. Acesso em: 14 set. 2025.

EDEMEKONG, Peter F. et al. Activities of Daily Living. In: **StatPearls** [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>. Acesso em: 6 jan. 2026.

FIRMINO, Hiram. **Nos porões da loucura**. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

FORNAZARI, Christina; HIRATA, Edson Shiguemi; OLIVEIRA, Maitê Cruvinel. Internações psiquiátricas involuntárias. In: BARROS, Daniel Martins de; CASTELLANA, Gustavo Bonini (org.). **Psiquiatria forense: interfaces jurídicas, éticas e clínicas**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020. p. 276-306. Epub.

G1 MINAS. Em plena pandemia do novo coronavírus, Belo Horizonte está sem hospitais psiquiátricos. **G1 Minas Gerais**, Belo Horizonte, 9 set. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2020/09/09/em-plena-pandemia-do-novo-coronavirus-belo-horizonte-esta-sem-hospitais-psiquiatricos.ghtml>. Acesso em: 15 dez. 2025.

HIRATA, Helena. O trabalho de cuidado: comparando Brasil, França e Japão. **Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 13, n. 24, p. 53-64, 2016.

LABORATÓRIO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (LAPS/ENSP/FIOCRUZ). **Linha do tempo**. [S. l.], [2016?]. Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo#1978>. Acesso em: 6 jan. 2026.

LIMA, Éfren Paulo Porfírio de Sá; SANTOS, Lucas Emmanuel Fortes dos. O consentimento informado nas intervenções médicas envolvendo pacientes com comprometimento neurocognitivo e psiquiátrico sob a ótica da Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência. **Revista Jurídica Cesumar - Mestrado**, [S. l.], v. 23, n. 1, 2023.

LUNA, Florencia. Elucidating the concept of vulnerability: layers not labels. **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics**, v. 2, n. 1, p. 121-139, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.3138/ijfab.2.1.121>. Acesso em: 16 jan. 2026.

MADALENO, Rolf. **Direito de Família**. 15. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2025. E-book.

MG2. Governo define nova sede para Hospital Eduardo de Menezes após fechar atendimento psiquiátrico em Belo Horizonte. **G1 Minas Gerais**, Belo Horizonte, 4 jan. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2022/01/04/governo-define-nova-sede-para-hospital-eduardo-de-menezes-apos-fechar-atendimento-psiquiatrico-em-belo-horizonte.ghtml>. Acesso em: 15 dez. 2025.

MIGUEL, Euripedes Constantino et al. **Clínica Psiquiátrica**. Vol. 1: Os fundamentos da psiquiatria. 2. ed. São Paulo: Manole, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Como foi o histórico das seis primeiras portarias de consolidação do Ministério da Saúde?** Brasília, 11 jul. 2023 (atualizada em 13 jul. 2023). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a->

[informacao/institucional/legislacao/como-consultar/faq/como-foi-o-historico-das](#). Acesso em: 8 set. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 8 set. 2025.

MORRIS, Nathaniel P. Internet access for patients on psychiatric units. **Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law**, [S. l.], v. 46, n. 2, p. 224-231, 2018. DOI: <https://doi.org/10.29158/JAAPL.003760-18>.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. **The Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research**. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979. Disponível em: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>. Acesso em: 16 jan. 2026.

NELSON, Robert M. et al. The concept of voluntary consent. **The American Journal of Bioethics**, Londres, v. 11, n. 8, p. 6-16, 2 ago. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/15265161.2011.583318>. Acesso em: 15 jan. 2026.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 157-172, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/285916547_Sentidos_da_vulnerabilidade_caracteristica_condicao_principio. Acesso em: 16 jan. 2026.

NICÁCIO, Camila Silva; DIAS, Maria Tereza Fonseca; GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa. **Repensando a pesquisa jurídica: teoria e prática**. São Paulo: Almedina Brasil, 2020. E-book (Kindle).

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena Lima. **Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-94, 2008.

PEREIRA, Luma Costa et al. Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 365-374, ago. 2013.

POSSAMAI, Verônica Ribeiro; SIQUEIRA BATISTA, Rodrigo. Bioética da proteção de Schramm e Kottow: princípios, alcances e conversações. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 10-18, jan./abr. 2022.

PRADO, Yuri; SEVERO, Fernanda; GUERRERO, André. Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 3, p. 250-263, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E321>. Acesso em: 10 set. 2020.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Atendimento de urgência em saúde mental no HMDCC**. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2018. Atualizado em: 19 fev. 2025. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saude-mental/atendimento-de-urgencia-hmdcc>. Acesso em: 15 dez. 2025.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de atenção em rede à pessoa em uso prejudicial de álcool e outras drogas**: diretrizes para o cuidado e articulação entre os serviços. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2024. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2024/manual-alcool-e-drogas-1-7-24.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2025.

RACINE, Eric; ROUSSEAU-LESAGE, Simon. The voluntary nature of decision-making in addiction: static metaphysical views versus epistemologically dynamic views. **Bioethics**, Hoboken, v. 31, n. 5, p. 349-359, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/bioe.12356>. Acesso em: 15 jan. 2026.

RATTON, Helvécio. **Em nome da razão** [vídeo]. Direção: Helvécio Ratton. Belo Horizonte: Grupo Novo de Cinema e TV; Associação Mineira de Saúde Mental, 1980. 25 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=OPiPUUUbVoI>. Acesso em: 7 ago. 2025.

REU BRASIL. **Caso Ximenes Lopes versus Brasil**. [S. l.], [2022?]. Disponível em: <https://reubrasil.jor.br/casos/caso-damiao-ximenes-lopes/>. Acesso em: 8 ago. 2025.

RIBEIRO NETO, Pedro Machado; IGLESIAS, Alexandra. Análise de concepções sociais sobre tratamento psiquiátrico oferecido em uma clínica particular. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 13, p. e5793, 2024.

ROBERTS, Laura Weiss. Informed consent and the capacity for voluntarism. **American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 159, n. 5, p. 705-712, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.705>. Acesso em: 15 jan. 2026.

RODRIGUES, Carlos Alberto Bizarro; SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética de proteção: fundamentos e perspectiva. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 355-365, abr./jun. 2022.

ROGERS, Wendy; MACKENZIE, Catriona; DODDS, Susan. Why bioethics needs a concept of vulnerability. **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics**, Bloomington, v. 5, n. 2, p. 11-38, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.3138/ijfab.5.2.11>. Acesso em: 16 jan. 2026.

SCHRAMM, Fermin Roland. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1531-1538, 2017.

SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas orais na era da globalização. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008.

SCHRAMM, Fermin Roland; KOTTOW, Miguel. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 949-956, jul./ago. 2001.

SCHREIBER, Anderson; TARTUCE, Flávio; José Fernando Simão; et al. **Código Civil Comentado - Doutrina e Jurisprudência** - 6ª Edição 2025. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2024.

STANCIOLI, Brunello. **Relação Jurídica Médico-paciente**. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2020.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Código de Processo Civil anotado**. Colaboração de Humberto Theodoro Neto, Adriana Mandim Theodoro de Mello e Ana Vitória Mandim Theodoro. 28. ed., rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2025.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de direito processual civil**. Vol. 1. 66. ed., rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (TJMG). **Como realizar pesquisa de processo no PJe**. Belo Horizonte, 27 maio 2024. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/acoes-e-programas/gestao-de-primeira/processo-judicial-eletronico-fluxo-unificado-civel/como-realizar-pesquisa-de-processo-no-pje.htm>. Acesso em: 7 jan. 2026.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (TJMG). **Guia de sigilo de documentos no PJe**. Belo Horizonte, 27 maio 2024. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/acoes-e-programas/gestao-de-primeira/processo-judicial-eletronico-fluxo-unificado-civel/sigilo-de-documentos-pje.htm>. Acesso em: 7 jan. 2026.

VILLELA, João Baptista. O novo Código Civil brasileiro e o direito à recusa de tratamento médico. In: FARIA, Juliana Cordeiro de et al. (Org.). **João Baptista Villela: obra selecionada**. São Paulo: Editora Dialética, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Drugs - psychoactive**. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_2. Acesso em: 6 jan. 2026.

ANEXOS

ANEXO A – Processos integrantes da amostra final

	NÚMERO DOS PROCESSOS
1	5092531-71.2024.8.13.0024
2	5261342-28.2023.8.13.0024
3	5250461-89.2023.8.13.0024
4	5276892-97.2022.8.13.0024
5	5267104-59.2022.8.13.0024
6	5237370-63.2022.8.13.0024
7	5207535-30.2022.8.13.0024
8	5182542-20.2022.8.13.0024
9	5138025-27.2022.8.13.0024
10	5083497-43.2022.8.13.0024
11	5067481-14.2022.8.13.0024
12	5058633-38.2022.8.13.0024
13	5057017-28.2022.8.13.0024
14	5055711-24.2022.8.13.0024
15	5023995-76.2022.8.13.0024
16	5102642-22.2021.8.13.0024
17	5101983-13.2021.8.13.0024
18	5072570-52.2021.8.13.0024
19	5065827-26.2021.8.13.0024
20	5032897-52.2021.8.13.0024
21	0086643-77.2014.8.13.0148
22	5159583-26.2020.8.13.0024
23	5121984-53.2020.8.13.0024
24	5119125-64.2020.8.13.0024
25	5113294-35.2020.8.13.0024
26	5108921-58.2020.8.13.0024
27	5102475-39.2020.8.13.0024
28	5066366-26.2020.8.13.0024
29	5026188-35.2020.8.13.0024
30	5202867-21.2019.8.13.0024
31	5197834-50.2019.8.13.0024
32	5194794-60.2019.8.13.0024
33	5192755-90.2019.8.13.0024
34	5078321-88.2019.8.13.0024
35	5070280-35.2019.8.13.0024
36	5055449-79.2019.8.13.0024
37	5012764-57.2019.8.13.0024
38	5179155-36.2018.8.13.0024
39	5150740-43.2018.8.13.0024
40	5085522-68.2018.8.13.0024
41	5008742-87.2018.8.13.0024

42	5180047-76.2017.8.13.0024
43	5116600-17.2017.8.13.0024
44	5102933-61.2017.8.13.0024
45	5181428-56.2016.8.13.0024
46	5157573-48.2016.8.13.0024
47	5153295-04.2016.8.13.0024
48	5147244-74.2016.8.13.0024
49	5132508-51.2016.8.13.0024
50	5123624-33.2016.8.13.0024
51	5115556-94.2016.8.13.0024
52	1101693-47.2013.8.13.0024

ANEXO B – Formulário de critérios de análise dos processos

Nº (X)	ACÇÕES DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA	OBSERVAÇÕES:
	Processo nº (X)	
	DADOS GERAIS	
1	Polo ativo	
2	Polo passivo	
3	Gênero da pessoa com transtorno	
4	Idade da pessoa com transtorno	
5	Juízo	
6	Data de ajuizamento	
7	Data do relatório médico, se aplicável	
8	Data da decisão liminar, se aplicável	
9	Data do cumprimento da internação liminarmente determinada, se aplicável	
10	Data do provimento final	
	PETIÇÃO INICIAL E CONTESTAÇÃO	
11	De quem foi a iniciativa de ajuizar a ação?	
12	Qual é a fundamentação jurídica para o ajuizamento da ação?	
13	Qual é a fundamentação jurídica da contestação, se aplicável?	
	PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO PROCESSO	
14	A pessoa com transtorno mental foi citada?	
15	Como foi a participação da pessoa com transtorno mental na ação?	
16	A pessoa a ser internada é curatelada?	
17	Foi nomeado curador especial em seu favor?	
18	Ela foi pessoalmente ouvida em alguma fase processual?	

RELATÓRIO MÉDICO		
19	Foi apresentado relatório médico?	
20	O relatório foi confeccionado por médico da rede particular ou do SUS?	
21	Trata-se de relatório com avaliação direta da pessoa ou relatório foi com base em documentação médica da pessoa?	
22	Qual é o diagnóstico indicado no relatório? Foi apontado CID, qual?	
23	Qual é a substância psicoativa relacionada ao transtorno?	
24	A pessoa foi avaliada por equipe multidisciplinar?	
25	Caso tenha sido, quais profissionais participaram da avaliação?	
26	O relatório justifica o porquê da indicação da internação compulsória e não de medidas extra-hospitalares?	
27	Caso positivo, qual foi a justificativa?	
28	O relatório sugere prazo para internação?	
DECISÃO LIMINAR		
29	A internação foi concedida liminarmente?	
30	Qual o fundamento da decisão?	
31	Se deferida, constou do provimento a possibilidade de liberação automática em caso de alta hospitalar?	
32	Se deferida, a internação aconteceu em estabelecimento público ou particular?	
ANDAMENTO PROCESSUAL		
33	Os documentos médicos foram anexados sob sigilo?	
34	Parte autora assistida por advogado particular?	
35	Participação do Ministério Público	
36	A relação processual foi completada?	
37	Se aplicável, quais foram as provas produzidas?	
38	Qual foi o provimento final?	
39	Qual o fundamento do provimento?	