



## **PARECER**

### **Pedidos de internação involuntária ou compulsória de pessoa com deficiência mental/intelectual ou com uso abusivo de álcool e outras drogas**

**Resumo:** Em uma interpretação conforme a Constituição Federal do artigo 6º, parágrafo único, incisos II e III, da Lei 10.216/01 – tendo em vista as disposições da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que compõem o bloco formal de constitucionalidade –, é juridicamente impossível o pedido de internação compulsória de pessoa com deficiência mental/intelectual ou uso abusivo de álcool e outras drogas. A ação cabível em casos em que a Defensoria Pública é procurada por familiares de pessoas nessas condições é a de obrigação de fazer contra os entes estatais para disponibilização de tratamento adequado. Os pedidos de tratamento de saúde devem se ater a tratamentos ambulatoriais, exceto em casos em que há **emergência** atestada em laudo médico circunstanciado e não baseado na condição de pessoa com deficiência (ou seja, situações nas quais também uma pessoa sem deficiência precisaria de intervenção médica sem consentimento, como surtos psiquiátricos). Nessa situação, o pedido de disponibilização de vaga de internação deve se circunscrever apenas a internações de curta duração, em leito psiquiátrico, de preferência em hospital geral, somente até a estabilização do caso e com garantia da continuidade do tratamento em regime ambulatorial, com expressa menção de que da decisão judicial conste a desnecessidade de nova ordem judicial para liberação do/a paciente, bastando a alta médica ou o pedido do familiar responsável (art. 8º, §2º, Lei 10.216/01). Não é admitido nesses casos, em hipótese alguma, o pedido de disponibilização de vaga em comunidade terapêutica, uma vez que esse equipamento não possui autorização legal e estrutura para receber internações relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas ou de deficiência mental/intelectual, restringindo-se ao acolhimento voluntário. Recomenda-se que o atendimento à família seja realizado em conjunto com o CAM (Centro de Apoio Multidisciplinar) e que seja ofertado aos familiares o ajuizamento de ação judicial também em seu favor, a fim de que o tratamento psicológico e psiquiátrico se estenda a eles, considerando que o sofrimento mental/intelectual no lar costuma afetar emocionalmente a todos os conviventes.



## Contextualização

É recorrente que familiares de pessoas com deficiência mental/intelectual, ou ainda em quadro de uso abusivo de álcool e outras drogas, busquem a Defensoria Pública com o objetivo de internar, compulsória ou involuntariamente essas pessoas, entendendo ser essa uma forma adequada de tratamento de saúde.

Assim, é necessário identificar a viabilidade jurídica de tais pretensões, em especial tendo em vista a superveniência da adoção da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência com *status* de emenda constitucional pelo Brasil.

Em se tratando de internação compulsória, a medida se mostra **juridicamente impossível**, tendo em vista que restringe em absoluto a liberdade da pessoa com deficiência e/ou com quadro de uso abusivo de álcool e outras drogas e está em desacordo com as novas disposições constitucionais, assim como desnecessária, tendo em vista que, se a família buscou a Defensoria Pública, a situação se circunscreve à hipótese de internação involuntária.

Quanto à internação involuntária, por definição legal ocorre somente com a manifestação do terceiro ou familiar, não sendo necessária a manifestação judicial nesse sentido – daí se falar em **falta de interesse de agir**. Resta ao/à Defensor/a Público/a manejar instrumentos extrajudiciais e judiciais que garantam a disponibilização pelo Poder Público da atenção à saúde mental necessária, da mesma forma em que se realiza com solicitação de vagas em UTI ou cirurgias.

## Fundamentação jurídica

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (“CDPD”), juntamente com seu protocolo facultativo, representa a primeira incorporação de tratado internacional de direitos humanos nos moldes do §3º do artigo 5º da Constituição Federal, pelo que equivale à emenda constitucional, compondo formalmente o bloco de constitucionalidade.



Nesse sentido, é imperiosa a realização tanto do controle de convencionalidade, decorrente da incorporação do tratado, quanto do controle de constitucionalidade, diante do *status* formal e materialmente constitucional da norma jurídica internacional no Brasil – o que, com relação às normas anteriores, significa o controle de sua recepção.

Com efeito, determina a mencionada Convenção:

Artigo 4 - Obrigações gerais

1.Os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência. Para tanto, os Estados Partes se comprometem a:

- a) Adotar todas as medidas legislativas, administrativas e de **qualquer outra natureza**, necessárias para a realização dos direitos reconhecidos na presente Convenção;
- b) Adotar todas as medidas necessárias, inclusive legislativas, para modificar ou revogar leis, regulamentos, costumes e práticas vigentes, que constituírem discriminação contra pessoas com deficiência;

Evidente, assim, a necessidade de que a normativa correlata ao tema da deficiência seja interpretada conforme as novas disposições constitucionais, não havendo que se admitir, em nenhuma hipótese, que uma pessoa seja internada, a pedido da família, em razão de ser uma pessoa com deficiência mental/intelectual.

Anote-se que os transtornos mentais foram incorporados pela conceituação aberta da CDPD, sendo tal grupo igualmente destinatário dos direitos e garantias previstos no documento internacional em comento. Nesse sentido:

Artigo 1 - Propósito

O propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente.

**Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial**, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Ademais, não pode passar despercebido o direito fixado no relevante artigo 14 do tratado:

Artigo 14 - Liberdade e segurança da pessoa

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

- a) Gozem do direito à liberdade e à segurança da pessoa; e



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

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

Trata-se de inovação no ordenamento jurídico, que vai ao encontro dos anseios da luta antimanicomial e do movimento internacional de pessoas com deficiência, estatuindo a **proibição de privação de liberdade baseada na deficiência.**

Dada a relevância do direito em questão, o Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, órgão responsável pela supervisão do tratado e que, destarte, detém a última palavra em sua interpretação, editou em seu 14º período de sessões, no ano de 2015, as **diretrizes sobre o artigo 14<sup>1</sup>** da CDPD.

Neste documento, fundamental para a interpretação do determinado pela Convenção, se constatou que é **absoluta a proibição de privação de liberdade com base na deficiência,** considerando **incompatível com o artigo 14 a detenção de pessoas com deficiência mental/intelectual com base na deficiência, ainda que sob o argumento de sua própria segurança ou da segurança de terceiros** (destaque nosso):

### **III. A proibição absoluta de detenção motivada por deficiência**

6. Ainda há práticas em que os Estados Partes permitem a privação de liberdade com base na deficiência real ou percebida. Com relação a isso, **o Comitê tem estabelecido que o artigo 14 não permite qualquer exceção por meio de que pessoas possam ser detidas devido a seu estado real ou percebido de deficiência.** Entretanto, legislações de muitos Estados Partes, incluindo leis de saúde mental, ainda provém circunstâncias em que pessoas podem ser detidas devido a sua real ou percebida deficiência, desde que haja outras razões para a detenção, inclusive que elas sejam consideradas perigosas para si ou para os outros. **Esta prática é incompatível com o artigo 14; possui natureza discriminatória e equivale a privação arbitrária de liberdade.**

O documento esclarece, ainda, que é vedada a privação de liberdade ainda que a deficiência não seja o único fator, ou seja, mesmo que somado a critérios adicionais (destacamos):

7. Durante as negociações do Comitê Ad Hoc que antecedeu a adoção da Convenção, houve discussões extensas sobre a necessidade de incluir um

<sup>1</sup> Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/Guidelines.aspx>



qualificador, como “somente” ou “exclusivamente”, na proibição de privação de liberdade devido à existência de uma deficiência real ou percebida na versão preliminar do artigo 14 (1) (b). Os Estados se opuseram, argumentando que isso poderia levar a erros de interpretação e permitir a privação de liberdade com base em sua deficiência real ou percebida em conjunto com outras condições, como perigo para si mesmo ou para os outros. Além disso, foram realizadas discussões sobre a inclusão de uma provisão para revisão periódica da privação da liberdade no texto do artigo 14 (2) esboçado. A sociedade civil também se opôs ao uso de qualificadores e à abordagem de revisão periódica. Consequentemente, **o artigo 14 (1) (b) proíbe a privação da liberdade com base na deficiência real ou percebida, mesmo se fatores adicionais ou critérios também forem usados para justificar a privação da liberdade.** A questão foi resolvida na sétima reunião do Comitê Ad Hoc.

Ademais, é delineada a violação adicional do artigo 12 da convenção (reconhecimento igual perante a lei), bem como do artigo 19 (vida independente e inclusão na comunidade) mediante a vedada prática de internação na qual a vontade da pessoa com deficiência é substituída pela manifestação de vontade de parentes ou terceiros:

8. A proibição absoluta da privação da liberdade com base na deficiência real ou percebida tem fortes ligações com o artigo 12 da Convenção (reconhecimento igual perante a lei). Em seu Comentário Geral No. 1, este Comitê esclareceu que os Estados Partes deveriam abster-se da prática de negar a capacidade legal das pessoas com deficiência e detê-las em instituições contra sua vontade, seja sem o consentimento livre e esclarecido das pessoas interessadas ou com o consentimento de um terceiro, uma vez que esta prática constitui uma privação arbitrária da liberdade e viola os artigos 12 e 14 da Convenção.<sup>2</sup>

9. O gozo do direito à liberdade e segurança da pessoa é fundamental para a implementação do artigo 19 sobre o direito de viver independentemente e ser incluído na comunidade. Esse Comitê enfatizou essa relação com o artigo 19. Expressou sua preocupação com a institucionalização de pessoas com deficiência e com a falta de serviços de apoio na comunidade e recomendou a implementação de serviços de apoio e estratégias eficazes de desinstitucionalização em consulta com organizações de pessoas com deficiências. Além disso, solicitou a alocação de **mais recursos financeiros para garantir serviços de base comunitária suficientes.**<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> 8. The absolute ban of deprivation of liberty on the basis of actual or perceived impairment has strong links with article 12 of the Convention (equal recognition before the law). In its General Comment No. 1, this Committee has clarified that States parties should refrain from the practice of denying legal capacity of persons with disabilities and detaining them in institutions against their will, either without the free and informed consent of the persons concerned or with the consent of a substitute decision-maker, as this practice constitutes arbitrary deprivation of liberty and violates articles 12 and 14 of the Convention.

<sup>3</sup> 9. Enjoyment of the right to liberty and security of the person is central to the implementation of article 19 on the right to live independently and be included in the community. This Committee has stressed this relationship with article 19. It has expressed its concern about the institutionalization of persons with disabilities and the lack of support services in the community, and it has recommended implementing support services and effective deinstitutionalization strategies in consultation with organizations of



**IV. Compromisso involuntário ou não consensual em instituições de saúde mental**

10. **O comprometimento involuntário de pessoas com deficiência por motivos de saúde contradiz a proibição absoluta da privação da liberdade com base em impedimentos (artigo 14(1)(b)) e o princípio do consentimento livre e esclarecido da pessoa em questão para a assistência médica (artigo 25).** O Comitê afirmou repetidamente que os Estados Partes deveriam revogar as disposições que permitem o comprometimento involuntário de pessoas com deficiência em instituições de saúde mental com base em deficiências reais ou percebidas. **O comprometimento involuntário em estabelecimentos de saúde mental traz consigo a negação da capacidade legal da pessoa de decidir sobre cuidados, tratamento e admissão em um hospital ou instituição e, portanto, viola o artigo 12 em conjunto com o artigo 14.<sup>4</sup> (tradução livre).**

Assim, fica totalmente inviável a internação compulsória ou involuntária prolongada, fundada na deficiência e fora de situação de crise, prática por muitas décadas adotada no país, cujo resultado é a institucionalização em massa de pessoas com deficiência ou transtorno mental/intelectual. Qualquer interpretação do artigo 6º da Lei 10.216/01<sup>5</sup> nesse sentido é inconstitucional, por contrariar frontalmente as determinações literais da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, bem como, de forma específica, as diretrizes de seu Comitê, órgão interpretativo último do documento, cujas determinações o Brasil se comprometeu a cumprir de boa-fé ao ratificar a CDPD e seu Protocolo Facultativo.

Conforme enfatizado pelo próprio Comitê, a linha adotada pela CDPD não é puramente de freio à institucionalização, mas efetivamente do dever de

---

persons with disabilities. In addition, it has called for the allocation of more financial resources to ensure sufficient community-based services.

<sup>4</sup> IV. Involuntary or non-consensual commitment in mental health institutions

10. Involuntary commitment of persons with disabilities on health care grounds contradicts the absolute ban on deprivation of liberty on the basis of impairments (article 14(1)(b)) and the principle of free and informed consent of the person concerned for health care (article 25). The Committee has repeatedly stated that States parties should repeal provisions which allow for involuntary commitment of persons with disabilities in mental health institutions based on actual or perceived impairments. Involuntary commitment in mental health facilities carries with it the denial of the person's legal capacity to decide about care, treatment, and admission to a hospital or institution, and therefore violates article 12 in conjunction with article 14.

<sup>5</sup> 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**.





desinstitucionalização, mediante estabelecimento de serviços de apoio no ambiente comunitário.

**Artigo 19 - Vida independente e inclusão na comunidade**

Os Estados Partes desta Convenção reconhecem o igual direito de todas as pessoas com deficiência de viver na comunidade, com a mesma liberdade de escolha que as demais pessoas, e tomarão medidas efetivas e apropriadas para facilitar às pessoas com deficiência o pleno gozo desse direito e sua plena inclusão e participação na comunidade, inclusive assegurando que:

- a) As pessoas com deficiência possam escolher seu local de residência e onde e com quem morar, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e que não sejam obrigadas a viver em determinado tipo de moradia;
- b) As pessoas com deficiência tenham acesso a uma variedade de serviços de apoio em domicílio ou em instituições residenciais ou a outros serviços comunitários de apoio, inclusive os serviços de atendentes pessoais que forem necessários como apoio para que as pessoas com deficiência vivam e sejam incluídas na comunidade e para evitar que fiquem isoladas ou segregadas da comunidade;
- c) Os serviços e instalações da comunidade para a população em geral estejam disponíveis às pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades, e atendam às suas necessidades

Nesse sentido, a resposta jurídica às questões subjacentes ao que anteriormente poderia ser inserido no âmbito da internação se encontra na busca pela efetiva instalação de tais serviços, com adequação e suficiência para a disponibilização do apoio necessário ao tratamento correlato – caso seja requisitado pelo próprio destinatário deles.

A mesma leitura se faz necessária à atual redação da Lei de Drogas, ao estabelecer a previsão da internação voluntária e involuntária para tratamento ao uso de drogas (as quais, inclusive, passarão a ser comunicadas à Defensoria Pública). No que se refere à internação involuntária, seu cabimento se dá, tão somente, para situações de crise, em que há necessidade de intervenção emergencial em saúde, e tão somente pelo período que perdurar a crise. Esse é o sentido da própria lei ao limitar o período máximo de internação involuntária em 90 dias – isto é, não se trata de prever a possibilidade de internação involuntária por 90 dias, mas de prever que a internação involuntária é cabível unicamente nos casos de emergência e crise, durante esse período, sendo que, de antemão, a legislação já prevê que NUNCA esse período excederá 90 dias.

Portanto, o delineamento do ordenamento jurídico na senda atual remete à obrigação de fazer do Estado (lato sensu) no sentido da plena instalação da Rede de Atendimento Psicossocial, possibilitando a disponibilização de serviços na comunidade



aptos a conferir o tratamento necessário sem a privação de liberdade e respeitando a vontade dos seus destinatários.

**Situação diferente é aquela na qual a pessoa necessita de intervenção médica não consentida, que pode ocorrer com todo e qualquer ser humano. É importante que se faça essa distinção. Nesses casos, qualquer pessoa, seja com deficiência ou não, pode necessitar, em razão de CONDIÇÃO TRANSITÓRIA, de intervenção médica não consentida. É o que ocorre em surtos psiquiátricos ou na necessidade de desintoxicação em casos agudos de dependência de álcool e outras drogas. Nesses casos, em uma interpretação conforme a Constituição Federal do artigo 6º da Lei 10.216/01 e do artigo 23-A da Lei 11343/06, pode-se entender que a internação involuntária somente é admitida no ordenamento jurídico pátrio enquanto intervenção médica não consentida para estabilização de crise, obedecendo, ainda, as determinações e restrições legais. Uma vez debelada a crise, a internação/intervenção médica não consentida não se faz mais necessária, retomando-se os tratamentos ambulatoriais.**

Nesse sentido, valem algumas ponderações. Na legislação interna, o art. 13 da Lei Brasileira de Inclusão estabelece a exceção de 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. – essa também é a previsão do art. 23-A, § 5º, inciso III, da Lei de Drogas. Observa-se que os conceitos de superior interesse, risco de morte e emergência em saúde são indeterminados e podem levar a interpretações discriminatórias, exceto se tal intervenção for a mesma que seria adotada para pessoas sem deficiência.

Nesse mesmo sentido, o art. 10 da LBI determina que compete ao poder público garantir a dignidade da pessoa com deficiência ao longo de toda a vida, sendo que apenas em situações de risco, emergência ou estado de calamidade pública, a pessoa com deficiência será considerada vulnerável, devendo o poder público adotar medidas para sua proteção e segurança (o que poderia incluir eventual internação).

*Da proibição absoluta de internação em Comunidades Terapêuticas*





Por fim, cabe ainda destacar que somente podem ser admitidas em Comunidades Terapêuticas pessoas com problemas associados ao uso nocivo de álcool e outras drogas. Por consequência, não podem ser admitidos pacientes/usuários com outros tipos de transtorno mental/intelectual<sup>6</sup>, assim como dependentes químicos graves ou pessoas com comorbidades (outros transtornos mentais), dada a falta de infraestrutura para a devida assistência médica.

A admissão e a permanência em Comunidades Terapêuticas pressupõem a voluntariedade<sup>7</sup>. A legislação veda quaisquer internações em Comunidades Terapêuticas. Além disso, o acolhimento, voluntário, somente pode ser admitido se acompanhado de LAUDO MÉDICO PRÉVIO<sup>8</sup>.

O uso de serviços de “remoção compulsória”, “resgate” ou similares é ilegal e caracteriza crime de sequestro. Além disso, como as Comunidades Terapêuticas somente podem, por lei, admitir acolhimentos voluntários, o uso da força para o acolhimento afasta a voluntariedade e, por consequência, é incompatível com a natureza desse tipo de instituição.

Pacientes que assinam concordância em ser acolhidos em razão de pressão familiar ou da equipe da comunidade terapêutica não são acolhidos voluntários, pois não manifestaram livremente a sua vontade – identificável, a depender do caso, a presença de coação, constrangimento ilegal ou ameaça.

Acolhidos que aderem voluntariamente e, durante o tratamento, manifestam vontade de deixar a Comunidade Terapêutica, não mais preenchem o requisito legal da voluntariedade e devem ser imediatamente liberados<sup>9</sup>. Tendo em vista que a legislação admite acolhimentos voluntários em Comunidades Terapêuticas, em tais locais não podem ser utilizados mecanismos que restrinjam o direito de ir e vir, como muros altos, uso de cerca elétrica, trancamento de portas etc.<sup>10</sup>.

---

<sup>6</sup> Art. 4º, §3º da Lei nº 10.216/2001; art. 16 da Resolução RDC nº 29/2011; art. 31, §1º da Resolução CFM nº 2.057/2013; art. 14, II, do Anexo XCI da Portaria de Consolidação MS nº 06/2017.

<sup>7</sup> Art. 2º, I da Resolução CONAD nº 01/2015; art. 19, III, da Resolução RDC nº 29/2011; art. 13 do Anexo XCI da Portaria de Consolidação MS nº 06/2017.

<sup>8</sup> Art. 6º da Lei nº 10.216/2001; art. 3º e 6º, II da Resolução CONAD nº 01/2015; art. 13 do Anexo XCI da Portaria de Consolidação MS nº 06/2017.

<sup>9</sup> Art. 8º, I da Resolução CONAD nº 01/2015; art. 19, IV, da Resolução RDC nº 29/2011; art. 21 do Anexo XCI da Portaria de Consolidação MS nº 06/2017.

<sup>10</sup> Art. 6º, XII da Resolução CONAD nº 01/2015; art. 15 da Resolução RDC nº 29/2011; art. 9º, parágrafo único do Anexo XCI da Portaria de Consolidação MS nº 06/2017.



Assim, não cabe pedido judicial de internação, em qualquer modalidade, em Comunidades Terapêuticas.

Vale também salientar o resultado da última visita realizada no Brasil pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos<sup>11</sup> a respeito das Comunidades Terapêuticas:

(...) A este respeito, a Comissão observa uma oposição por parte de vários atores contra este tipo de programa, porque privilegiariam a internação em detrimento a opções comunitárias. Além disso, de acordo com a Inspeção Nacional de Comunidades Terapêuticas e outras organizações da sociedade civil, tem sido mostrado que nestas entidades ocorrem violações de direitos humanos, tais como a internação forçada, administração arbitrária de medicamentos psiquiátricos, restrição do contato com a família, limitação de acesso a documentos pessoais e dinheiro, abuso físico, trabalho forçado em substituição à mão de obra e de serviços gerais, violação à liberdade de consciência e religiosa e internação de adolescentes.

47. Nesse contexto, e considerando também que as pessoas "sob tratamento de saúde" estão em situação particular de risco, a CIDH reitera aos Estados a obrigação de regular e fiscalizar toda a assistência à saúde prestada aos que estão sob sua jurisdição - como parte de seu dever especial de proteger a vida e a integridade - independentemente de a entidade que fornece tais serviços ser pública ou privada. **Por outro lado, ressaltando os pontos levantados por vários órgãos das Nações Unidas, a CIDH lembra que não está provado cientificamente que a privação de liberdade das pessoas que usam drogas nos centros hospitalares seja uma medida efetiva de reabilitação**<sup>12</sup>.

48. Considerando o acima exposto, a Comissão reitera a importância de promover outras **alternativas à privação de liberdade, que incluam tratamento ambulatorial e que permitam abordar o problema do uso de drogas a partir de uma abordagem de saúde pública e direitos humanos.**

## Conclusões

Considerando todo o exposto quanto ao descabimento dos pedidos de internação compulsória, assim como sobre a excepcionalidade da internação voluntária, o atendimento às famílias que buscam a internação forçada de seus parentes deve se concentrar no esclarecimento dessas em relação à impossibilidade da internação involuntária/compulsória, salvo situações de crises devidamente descritas em relatórios médicos circunstanciados, além de ser realizado o apontamento dos outros encaminhamentos possíveis dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

<sup>11</sup> Disponível em <https://www.conectas.org/wp/wp-content/uploads/2018/11/CIDH-Observa%C3%A7%C3%B5es-preliminares.pdf>

<sup>12</sup> Organização Mundial de Saúde, Princípios de tratamento de pessoas drogodependentes, março de 2008.



Quando a Defensoria Pública se deparar com uma rede de serviços insuficiente ou mesmo inadequada para o tratamento das pessoas com deficiência em conformidade com a CDPD, sua atuação deve se focar na implementação e aperfeiçoamento dos serviços necessários para o tratamento, voluntário, em meio aberto – elemento essencial para impedir que surtos por falta de tratamento ocorram – assim como leitos em hospitais gerais que possam atender situações emergenciais e de crise, quando estas ocorrerem. Para isso, pode se valer tanto de instrumentos judiciais (ação de obrigação de fazer individuais, ação civil pública etc.) quanto do apoio do Centro de Apoio Multidisciplinar (CAM) para trabalhar essa questão de modo extrajudicial.

Além disso, pode ser ofertado aos familiares o ajuizamento de ação também em seu favor, a fim de que o tratamento multidisciplinar, psicológico e psiquiátrico, se estenda a eles, considerando que o sofrimento mental/intelectual em casa costuma afetar emocionalmente a todos os conviventes.

Com relação à instalação de equipamentos ambulatoriais da RAPS no Município, o Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos disponibiliza modelo de atuação, inclusive com modelos de ofício e de Ação Civil Pública.

Vale lembrar que a Lei nº 10.216/01, em seu art. 4º, estabelece que a internação, em qualquer de suas modalidades, só poderá ser utilizada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, o que também foi repetido na atual redação da Lei 11.343/06 (alterada pela Lei 13.840/2019). Isso significa que, em sua ação concreta, a atuação da Defensoria Pública deverá verificar que a internação, inclusive voluntária e livremente consentida, só está sendo aventada como possibilidade de encaminhamento se o paciente já tiver tentado todas as outras formas de tratamento e nenhuma delas ter tido eficácia<sup>13</sup>.

Isso significa também que a internação voluntária, quando sugerida pela equipe de saúde e consentida pelo paciente, deve fazer parte de um projeto terapêutico mais amplo que preveja a continuidade dos cuidados pós-internação. A elaboração de projeto terapêutico também é exigência nos casos de acolhimento em comunidades terapêuticas.

---

<sup>13</sup> Ressalta-se aqui que, se recomendada internação, ainda que voluntária, deverá ocorrer em equipamento hospitalar, não sendo admitido pela Lei 13.840/2019 o encaminhamento para comunidade terapêutica. Tais locais são apenas entidades de acolhimento. No mesmo sentido, não existe na legislação a figura da “clínica”, sendo geralmente essa a razão social e/ou o nome comercial adotados por comunidades terapêuticas. Também não se admite, portanto, internações em “clínicas de recuperação” ou similares.



Além disso, deve ser utilizada pelo menor tempo possível, já que o inc. IX do parágrafo único do art. 2º da Lei nº 10.216 obriga que as pessoas com transtornos mentais sejam tratadas, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde.

São Paulo, março de 2.020.

**Rafael Lessa Vieira de Sá Menezes**

Defensor Público do Estado

Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos

**Davi Quintanilha Failde de Azevedo**

Defensor Público do Estado

Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos

**Daniela Batalha Trettel**

Defensora Pública do Estado

Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos