

CENTRO DE ESTUDOS E APERFEIÇOAMENTO FUNCIONAL DO MINISTÉRIO
PÚBLICO DE MINAS GERAIS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* – ESPECIALIZAÇÃO EM “MINISTÉRIO
PÚBLICO E O NOVO CONSTITUCIONALISMO”

Nayara Arantes da Silva Andrade

**INTERAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DOS DEPENDENTES QUÍMICOS: ATUAÇÃO
RESOLUTIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA DEFESA DOS DIREITOS E
GARANTIAS DOS USUÁRIOS DE DROGAS**

BELO HORIZONTE
2017

Nayara Arantes da Silva Andrade

**INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DOS DEPENDENTES QUÍMICOS: ATUAÇÃO
RESOLUTIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA DEFESA DOS DIREITOS E
GARANTIAS DOS USUÁRIOS DE DROGAS**

Trabalho de conclusão do curso de pós-graduação *lato sensu* “MINISTÉRIO PÚBLICO E O NOVO CONSTITUCIONALISMO”, apresentado ao Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional do Ministério Público do Estado de Minas Gerais (Ceaf/MPMG).
Área de concentração: Direito Constitucional
Orientador: Doutor Gregório Assagra de Almeida

BELO HORIZONTE
2017

Nayara Arantes da Silva Andrade

**INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DOS DEPENDENTES QUÍMICOS: ATUAÇÃO
RESOLUTIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA DEFESA DOS DIREITOS E
GARANTIAS DOS USUÁRIOS DE DROGAS**

Trabalho de conclusão do curso de pós-graduação *lato sensu* “MINISTÉRIO PÚBLICO E O NOVO CONSTITUCIONALISMO”, apresentado ao Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional do Ministério Público do Estado de Minas Gerais (Ceaf/MPMG).
Área de concentração: Direito Constitucional

Data da aprovação:

Dr. Gregório Assagra de Almeida (Orientador)

Ms. Luciano Moreira de Oliveira

Ms. Michelle de Freitas Vaz

RESUMO

A presente pesquisa analisa a postura do Ministério Público frente às demandas de internações psiquiátricas dos dependentes químicos, colocando em pauta questões referentes ao consumo excessivo de drogas lícitas e ilícitas, associado ao aumento significativo dos níveis de dependência química, o que tem lançado grandes desafios à sociedade e às instituições públicas na definição de estratégias adequadas de enfrentamento do problema. A partir da Constituição de 1988, com o reconhecimento da saúde como direito fundamental e em sintonia com as diretrizes inauguradas pelas reformas sanitária e psiquiátrica, estruturou-se um novo sistema de saúde mental no Brasil, voltado para o tratamento integral e humanizado dos usuários, com prevalência dos recursos extra-hospitalares, dentre os quais se destaca o CAPS. Entretanto, não obstante a previsão desta complexa rede de atenção psicossocial, tem-se observado uma crescente demanda por internações psiquiátricas, as quais são apresentadas diariamente ao Ministério Público, exigindo uma análise cuidadosa, tendo em vista a excepcionalidade da medida. Neste contexto, o problema do presente estudo refere-se às internações psiquiátricas dos dependentes químicos e a atuação resolutiva do Ministério Público na defesa dos direitos e garantias fundamentais dos usuários de drogas, levando-se em consideração o possível conflito de princípios: vida/saúde, liberdade e segurança social, objetivando a superação de um modelo demandista por um modelo resolutivo. O trabalho foi organizado em cinco capítulos, abordando o reconhecimento do direito à saúde, as reformas sanitária e psiquiátrica, as políticas públicas de saúde mental voltadas aos dependentes químicos, a rede de atenção psicossocial, incluídas as medidas de internação, em suas diversas modalidades, o conflito de princípios fundamentais nos casos de internações psiquiátricas e a atuação resolutiva do Ministério Público na defesa dos direitos e garantias dos dependentes químicos. Por fim, segue-se a conclusão da pesquisa, em que se pontua a necessária postura resolutiva do Ministério Público, com a priorização dos recursos e estratégias extrajudiciais de solução das demandas que lhe são apresentadas, atuando como agente integrador, mediador, na busca de alternativas em conjunto com o Poder Público e a sociedade, de modo a concretizar as políticas públicas de saúde mental e de materializar o projeto de transformação da realidade social.

Palavras-chave: dependentes químicos; assistência à saúde; internações psiquiátricas; atuação resolutiva do Ministério Público.

ABSTRACT

The present research analyzes the position of the Public Prosecution about the demands of psychiatric hospitalizations of chemical dependents, questions are raised regarding the excessive consumption of lytic and illicit drugs, associated to the significant increase of the levels of chemical dependency, which have thrown great challenges to society and public institutions, in defining appropriate coping strategies. Since the Constitution of 1988, with the recognition of health as a fundamental right and in harmony with the guidelines inaugurated by the sanitary and psychiatric reforms, a new mental health system was structured in Brazil, aimed at the integral and humanized treatment of users, with prevalence of extra-hospital resources, among which CAPS stands out. However, despite the prediction of this complex network of psychosocial care, there has been a growing demand for psychiatric hospitalizations, which are presented daily to the Public Prosecutor's requiring careful consideration in view of the exceptional nature of the measure. In this context, the problem of the present study refers to the psychiatric hospitalizations of drug addicts and the resolute action of the Public Prosecutor's in defending the fundamental rights and guarantees of drug users, against the possible conflict of principles: life/health, freedom and Social Security, from the surpassing of a demanding model for a resolution model. This research was organized in five chapters, which work on the recognition of the right to health, sanitary and psychiatric reforms, public mental health policies voted on to the addicts, the psychosocial care network, included hospitalization measures in their various modalities, the conflict of fundamental principles in the cases of psychiatric hospitalizations and the resolute action of the Public Prosecutor's in defense of the rights and guarantees of the chemical dependents. Finally, the conclusion of the research in which the necessary resolution position of the Public Prosecutor's is pointed out, with the prioritization of the resources and extrajudicial strategies to solve the demands presented to it, acting as integrating agent, mediator, in the search for alternatives in jointly with the Public Power and the society, in order to concretize the public policies of mental health and materialize the project of transformation of the social reality.

Key words: chemical dependents; health care; psychiatric hospitalizations; Public Prosecution's resolute action.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 DIREITO À SAÚDE, REFORMA SANITÁRIA/PSQUIÁTRICA E POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL VOLTADAS AOS DEPENDENTES QUÍMICOS.....	8
2.1 Reconhecimento do direito à saúde a partir da Constituição Federal de 1988.....	9
2.2 Reforma sanitária/psiquiátrica e políticas públicas voltadas aos usuários de drogas no Brasil.....	12
2.3 Políticas públicas de saúde destinadas aos usuários de drogas no Brasil.....	19
3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÀS PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL DECORRENTE DO USO DE ÁLCOOL E DROGAS E AS MEDIDAS DE INTERNAÇÃO.....	24
3.1 Rede de atendimento psicossocial às pessoas com sofrimento mental decorrente do uso de álcool e drogas.....	24
3.2 Medidas de internação psiquiátrica: diretrizes da Lei nº 10.216/2001.....	30
4. MEDIDAS DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA E A COLISÃO DE PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS.....	39
4.1 Colisão de princípios fundamentais e princípio da proporcionalidade.....	39
4.2 Internação psiquiátrica e colisão dos princípios fundamentais.....	42
5. ATUAÇÃO RESOLUTIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA DEFESA DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS DO DEPENDENTE QUÍMICO.....	45
5.1 Mudança de paradigma: de um Ministério Público demandista para um Ministério Público resolutivo.....	46
5.2 Atuação ministerial resolutiva diante da crescente demanda por internações psiquiátricas nos casos de dependência química.....	50
5 CONCLUSÃO.....	56
REFERÊNCIAS.....	59

1 INTRODUÇÃO

O aumento significativo do consumo de drogas lícitas e ilícitas no país, com a proliferação das chamadas “cracolândias”, associado à cronicidade dos casos de dependência química, por vezes agravados por outros fatores de vulnerabilidade, como o envolvimento com a prática de delitos, o abandono do emprego, o rompimento de vínculos sociais e familiares, tem provocado crescentes discussões sobre as estratégias de enfrentamento do problema.

No âmbito da saúde, as políticas públicas de saúde mental, fundamentadas em novos pilares a partir das reformas sanitária e psiquiátrica, bem como orientadas pelas diretrizes constitucionais atinentes à garantia dos direitos humanos, em especial a dignidade da pessoa humana, privilegiaram a adoção de medidas extra-hospitalares de tratamento da pessoa com sofrimento ou transtorno mental decorrente do uso de drogas, sendo a medida de internação prevista como último recurso terapêutico para casos agudos, que demandem uma intervenção em um nível de complexidade superior.

Entretanto, não obstante a estruturação de uma complexa rede de atenção psicossocial, as solicitações de medidas de internação psiquiátrica do dependente químico têm se apresentado com frequência cada vez maior ao Ministério Público e ao Judiciário, lançando controvérsia sobre o cabimento e adequação desse recurso, bem como sobre a atuação ministerial resolutiva, nesses casos, de modo a responder aos anseios sociais e a cumprir os objetivos constitucionais e institucionais atinentes à concretização do projeto democrático sustentado pelo princípio da transformação social a partir da concretização dos direitos fundamentais, com ênfase na dignidade da pessoa humana.

Nesse contexto, o trabalho aborda, inicialmente, o reconhecimento do direito à saúde no Brasil com o advento da Constituição Federal de 1988, as inovações trazidas pelas reformas sanitária e psiquiátrica, no tocante à saúde mental, e as atuais políticas públicas destinadas aos usuários de drogas no país. Em sequência, descreve-se a rede de atenção psicossocial às pessoas com sofrimento ou transtorno mental ocasionado pelo uso abusivo de drogas, destacando-se as ações e serviços extra-hospitalares de tratamento, bem como as modalidades de internação psiquiátrica disciplinadas pela Lei nº 10.216/2001.

Discute-se ainda a colisão de princípios fundamentais nas medidas de internação psiquiátricas, utilizando-se, para a solução dos conflitos, do princípio da proporcionalidade nas dimensões adequação, necessidade e sopesamento, com base nos ensinamentos de Robert

Alexy. Posteriormente, analisa-se a atuação resolutiva do Ministério Público frente à crescente demanda por internações psiquiátricas, com enfoque nas estratégias extrajudiciais de prevenção e de solução dos conflitos, apresentando-se, por fim, as conclusões do estudo.

Ademais, em relação à metodologia, adotou-se a investigação do tipo jurídico-exploratória e jurídico-propositiva, à medida que se buscou abordar o problema de forma analítica, crítica, compreendendo suas diversas particularidades, propondo a atuação resolutiva do Ministério Público na solução das inúmeras demandas de internações psiquiátricas, superando-se o antigo arquétipo demandista pelo modelo resolutivo, em sintonia com os objetivos constitucionais de transformação da realidade social por meio da atuação ministerial como verdadeiro agente político de integração e mediação em saúde.

2 DIREITO À SAÚDE, REFORMA SANITÁRIA/PSIQUIÁTRICA E POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL VOLTADAS AOS DEPENDENTES QUÍMICOS

Ao longo da segunda metade do século XX, impulsionado pelo término da Segunda Grande Guerra, desenvolveu-se na Europa um processo de redefinição do lugar da Constituição no ordenamento jurídico e da influência do direito constitucional sobre as demais instituições, o qual culminou na construção de um novo paradigma constitucional a partir da aproximação das ideias de constitucionalismo, democracia e efetivação dos direitos fundamentais¹.

Com efeito, sob a denominação de neoconstitucionalismo, surge uma nova forma de estudo, interpretação e aplicação da Constituição, de maneira emancipatória, desmistificada e ampliadora, com o propósito de superar as anteriores limitações impostas pelo positivismo legalista², adstrito à mera aplicação da realidade e sem compromisso efetivo com a transformação social³.

Nesse ambiente, verificam-se relevantes mudanças, como o reconhecimento da força normativa da Constituição, a expansão da jurisdição constitucional e a elaboração de diferentes categorias de nova interpretação constitucional⁴, as quais, conseqüentemente, conduzem a uma concepção aberta, dinâmica e voltada para a efetivação dos direitos fundamentais, esta compreendida como ponto central do novo direito constitucional.

¹ BARROSO, Luiz Roberto. Neoconstitucionalismo e Constitucionalização do Direito: o triunfo tardio do direito constitucional no Brasil. Quaestio Iuris, vol. 02, n° 01. Rio de Janeiro: 2006. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/11641/9106>. Acesso em: 02/09/2017.

² Neste ponto, Lenio Streck esclarece que o neoconstitucionalismo surge, exatamente, para superar as barreiras de interpretação impostas pelo positivismo legalista, o que seria viabilizado em três frentes: “Pode-se dizer, desse modo, que a superação dessas barreiras opostas ao Estado que se constitui no seio do Constitucionalismo Contemporâneo ocorre em quatro frentes: primeiro, pela teoria das fontes, uma vez que a lei já não é única fonte, aparecendo a própria Constituição como autoaplicativa; a segunda ocorre com a substancial alteração da teoria da norma, em face do aparecimento dos princípios, problemática que tem relação com a própria teoria das fontes; a terceira frente dá-se no plano da interpretação e, a quarta, pela necessidade de uma teoria da decisão (SANCHÍS, 2003b). Da incindibilidade entre vigência e validade e entre texto e norma, características do positivismo, um novo paradigma hermenêutico-interpretativo aparece sob os auspícios daquilo que se convencionou chamar de giro linguístico-hermenêutico. Esse giro, denominado também de giro ontológico-linguístico, proporciona um novo olhar sobre a interpretação e as condições sob as quais ocorre o processo compreensivo. Não mais interpretamos para compreender e, sim, compreendemos para interpretar, rompendo-se, assim, as perspectivas epistemológicas que coloca(va)m o método como supremo momento da subjetividade e garantia da segurança (positivista) da interpretação. A consequência, insisto, será a necessidade de uma teoria da decisão”. (STRECK, Lenio Luiz. Superando os diversos tipos de positivismo: porque hermenêutica é *applicatio*? Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Michelle/Downloads/1224-2186-2-PB.pdf>. Acesso em: 02/09/2017).

³ ALMEIDA, Gregório Assagra de. Direito material coletivo: superação da *summa divisio* direito público e direito privado por uma nova *summa divisio* constitucionalizada. Belo Horizonte: Del Rey, 2008, p. 135.

⁴ BARROSO, Luiz Roberto. Neoconstitucionalismo e Constitucionalização do Direito: o triunfo tardio do direito constitucional no Brasil. Quaestio Iuris, vol. 02, n° 01. Rio de Janeiro: 2006. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/11641/9106>. Acesso em: 02/09/2017.

Com isso, inspirada e alinhada com este modelo inovador de constitucionalismo, surge a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que implanta, no cenário nacional, um projeto transformador, sustentado no compromisso de concretização dos direitos fundamentais, tanto no plano individual quanto coletivo, com a diminuição das desigualdades sociais e o acesso universal e igualitário aos bens e valores essenciais à vida e à existência com dignidade⁵.

Destarte, o texto constitucional institui um completo sistema de proteção, em abstrato e em concreto, de todos os direitos fundamentais, em perspectiva individual e coletiva⁶, além da previsão assertiva de aplicabilidade imediata⁷ de tais direitos e garantias, dentre os quais, em consonância com o objeto do presente estudo, destaca-se o direito à saúde, o qual recebeu atenção especial por parte do constituinte originário, diferentemente dos diplomas antecedentes.

Outrossim, partindo dessas premissas estruturantes, será abordado neste capítulo, inicialmente, o reconhecimento do direito à saúde no ordenamento brasileiro, a partir das inovações trazidas pela Constituição de 1988 e, em seguida, aprofundando o debate, serão tratadas a reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil e as políticas públicas voltadas aos usuários de drogas, de modo a fornecer subsídios para a adequada compreensão do problema proposto, o qual, dentre outros aspectos, diz respeito à internação compulsória dos dependentes químicos.

2.1 Reconhecimento do direito à saúde a partir da Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal de 1988, diferentemente da abordagem adotada pelas constituições anteriores, as quais mencionaram o tema eventualmente e de maneira superficial, inseriu, em seu artigo 6º, a saúde no rol dos direitos sociais fundamentais, assim como a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados⁸.

⁵ ALMEIDA, Gregório Assagra de. Direito material coletivo: superação da *summa divisio* direito público e direito privado por uma nova *summa divisio* constitucionalizada. Belo Horizonte: Del Rey, 2008, p. 138.

⁶ Conforme se depreende do Título II, Capítulo I, da Constituição Federal de 1988, intitulado “Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos”.

⁷ De acordo com o art. 5º, § 1º, da Carta Fundamental, “As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata”.

⁸ Art. 6º da Constituição Federal de 1988: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Cumpra salientar que, em toda a história constitucional brasileira, somente a Constituição de 1934 tratou de forma mais direta a questão da saúde, embora não como direito fundamental, afirmando, tão somente, a possibilidade de conferir competência concorrente à União e aos Estados para cuidar da saúde⁹, salientando que incumbiria aos três entes da federação a adoção de medidas legislativas e administrativas para diminuição da mortalidade e morbidade infantis; a promoção da higiene social, pelo impedimento da propagação de doenças transmissíveis; o cuidado de higiene mental e o incentivo à luta contra os venenos sociais¹⁰; além da necessária prestação de assistência médica e sanitária, no restrito âmbito das relações trabalhistas¹¹. Já todos os demais textos constitucionais anteriores a 1988 limitaram-se a atribuir competência à União para planejar sistemas nacionais de saúde, bem como a manutenção do direito de assistência médica e sanitária aos trabalhadores formais.

Com efeito, apenas a Constituição de 1988 introduziu, de fato, a saúde dentre os direitos sociais, em resposta aos anseios manifestados em consistentes movimentos populares ocorridos no período de redemocratização política do país, durante o qual, pela primeira vez, houve expressiva participação popular na definição dos principais objetivos constitucionais¹², com destaque para a iniciativa dos profissionais de saúde, os quais esboçaram as bases da nova política de saúde a ser consagrada, posteriormente, no texto constitucional¹³.

Neste sentido, atento à relevância social da matéria e movido pelas demandas apresentadas pelos movimentos populares, o constituinte aprofunda o tratamento da matéria, dispondo que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o qual deve assegurá-la, por meio de políticas públicas adequadas que proporcionem o acesso universal e igualitário dos

⁹ Conforme art. 10, inciso II, da Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, compete, concorrentemente à União e aos Estados: II - cuidar da saúde e assistência públicas;

¹⁰ Consoante o art. 138 do mesmo diploma, “Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas: f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis; g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais”.

¹¹ O art. 121, alínea h, da Constituição de 34 dispõe sobre a prestação de assistência médica e sanitária ao trabalhador: “h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a esta descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte”. (BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. 16 de julho de 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 03/09/2017).

¹² DALLARI, Sueli Gandolfi. A Construção do Direito à Saúde no Brasil. Revista de Direito Sanitário, São Paulo: v. 9, nº 3. novembro de 2008/fevereiro de 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128/14932>. Acesso em: 03/09/2017.

¹³ Conforme será abordado com maior vagar no tópico seguinte, sobre a reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil, salienta-se, desde já, a relevância da atuação dos profissionais de saúde na reformulação do sistema nacional, bem como as contribuições trazidas pelos congressos realizados no período, como o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, organizado pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e realizado no Rio de Janeiro, em 1986.

indivíduos às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, conforme disposto no artigo 196¹⁴:

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.

Do mesmo modo, o art. 2º da Lei nº 8.080, de 1990, reforça que a saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, sendo que tal dever depende da formulação e execução de políticas públicas adequadas e eficientes a sua concretização¹⁵.

Outrossim, a partir desses dispositivos, deve-se salientar que a saúde possui um sentido abrangente, envolvendo tanto a percepção de sua dependência das condições de vida e organização social, quanto a noção de ausência de doenças¹⁶. Daí, a previsão de que as ações e serviços de saúde devem abarcar não somente o seu tratamento ou recuperação, mas também a sua promoção e proteção, em um sentido amplo, levando em consideração características individuais ligadas às condições físicas e psicológicas da pessoa (aspecto biológico), como também o ambiente social, econômico e cultural, que interferem, diretamente, na qualidade de vida e no padrão de saúde/equilíbrio do indivíduo.

Conforme ressalta Lenir Santos¹⁷:

No conceito de saúde incorporam-se fatores sociais e econômicos que interferem na saúde do indivíduo, não sendo a saúde resultado de serviços curativos e preventivos (assistenciais), mas decorrente de qualidade de vida. Com a saúde sendo compreendida como resultado das condições de vida da população, deixou-se de lado sua concepção como biogenética, passando-se para a ideia de que a saúde de uma sociedade é reflexo de suas condições econômicas, sociais e culturais, um conceito político-social, biogenético e cultural. As determinantes da saúde passam a ser: genética, biologia, estilo de vida, ambiente físico, ambiente econômico-social e suficiência das ações e serviços de saúde.

¹⁴ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 05/09/2017.

¹⁵ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 05/09/2017.

¹⁶ DALLARI, Sueli Gandolfi. A Construção do Direito à Saúde no Brasil. Revista de Direito Sanitário, São Paulo: v. 9, nº 3, novembro de 2008/fevereiro de 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128/14932>. Acesso em: 03/09/2017.

¹⁷ SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa. Campinas: Saberes Editora, 2013, p. 65.

Nesta mesma ótica, preceitua a Organização Mundial de Saúde, no preâmbulo do seu documento constitutivo, que a “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades”¹⁸ e, ainda, o artigo 12, item 1, do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos Sociais e Culturais¹⁹, adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 19/12/1966, e incorporado ao ordenamento pátrio, por meio do decreto presidencial nº 591, de 06/07/1992, “os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”²⁰.

Destarte, constata-se que o direito à saúde está amplamente reconhecido no direito brasileiro, sobretudo a partir da Constituição Federal de 1988, que trouxe significativos avanços para a organização do atual sistema de saúde, em cumprimento dos objetivos fundamentais de transformação da realidade social e em consonância com os parâmetros e orientações internacionais.

2.2 Reforma sanitária/psiquiátrica e políticas públicas voltadas aos usuários de drogas no Brasil

A atenção à saúde, nesta compreendida a saúde mental e, por consequência, a assistência às pessoas usuárias de drogas, é implementada no Brasil, através do Sistema Único de Saúde – SUS, previsto no art. 198 da Constituição da República e no art. 6º, inciso I, alínea “d” da Lei nº 8.080, o qual sustenta-se, dentre outros, nos princípios da universalidade, integralidade, igualdade e participação social, prevendo um amplo conjunto de ações e serviços destinados à promoção do completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo, ou seja, a sua existência com dignidade. Entretanto, conforme pontua Luciano Moreira, até se alcançar este patamar, houve uma longa caminhada²¹, como se abordará neste tópico.

¹⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. 1946. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 06/09/2017.

¹⁹ BRASIL. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 06/09/2017.

²⁰ Deve-se acrescentar que, além da Constituição da OMS e do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, outros documentos internacionais importantes, dos quais o Brasil é parte, mencionam o direito à saúde e a sua necessária implementação por parte dos Estados, inclusive como condição indispensável para a manutenção da paz e da segurança em níveis globais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (art. 25) e o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - “Protocolo de São Salvador” (art. 10).

²¹ OLIVEIRA, Luciano Moreira. Atenção à saúde das pessoas usuárias de drogas e internações psiquiátricas. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; ALMEIDA, Gregório Assagra; GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; LIMA, Paulo Cesar Vicente; IENNACO, Rodrigo. Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua. 2 ed. Belo Horizonte: D’Plácido, 2014, p. 474.

Deve-se lembrar que, conforme salientado anteriormente, somente após a Constituição de 1988 a saúde passou a ser assegurada como direito fundamental, com o consequente compromisso de sua efetivação por meio de políticas públicas adequadas, formuladas, implementadas e fiscalizadas pelo Estado.

Até meados do século XX, não existia no Brasil uma estrutura sanitária organizada e permanente. A saúde pública, caracterizada por um modelo “sanitarista-campanhista”, que se utilizava da polícia sanitária e das campanhas de saúde como principais meios de sua efetivação e, de modo autoritário, dirigia-se, prioritariamente, ao combate de doenças de massa, como epidemias de tifo, varíola, febre amarela, dentre outras²².

Neste sentido, o período foi marcado por políticas de saneamento das cidades e de circulação de mercadorias, com decisões e medidas descoordenadas e repressivas, dentro de uma lógica fragmentada que se direcionava, tão somente, às ações coletivas de higiene e, em seguida, à atenção médica/hospitalar aos trabalhadores formais²³.

Com efeito, no tocante à prestação de assistência restrita aos trabalhadores formais, em 1923 foram instituídas, pela Lei Eloy Chaves, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), mantidas pelas empresas e fiscalizadas pelo Estado, as quais objetivavam assegurar a previdência e a assistência médica a algumas categorias profissionais, inicialmente a dos ferroviários e, posteriormente, a dos marítimos, portuários, telegráficos e radiotelegráficos²⁴.

Já a partir da Era Vargas, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), os quais foram estruturados por categorias de trabalhadores, promovendo ações de segurança social que envolviam previdência e assistência à saúde²⁵.

Outrossim, durante o regime militar, instituiu-se, pela Lei nº 6.439, de 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), sob a orientação, coordenação e fiscalização do Ministério da Previdência e Assistência Social, que tinha como finalidade

²² MENDES, E. V. (1995). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In E. V. Mendes (Org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, pp. 19-158.

²³ ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, pp. 131-150, jun. 2008. Disponível em: http://www1.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20081029093450.pdf. Acesso em: 07/09/2017.

²⁴ Inicialmente, o Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, posteriormente conhecido como Lei Elói Chaves, determinou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão para a categoria dos ferroviários. Depois, em 1926, através da Lei nº 5.109, o regime foi estendido aos trabalhadores portuários e marítimos e, em 1928, pela Lei nº 5.485, aos telegráficos e radiotelegráficos.

²⁵ OLIVEIRA, Luciano Moreira. Atenção à saúde das pessoas usuárias de drogas e internações psiquiátricas. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; ALMEIDA, Gregório Assagra; GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; LIMA, Paulo Cesar Vicente; IENACO, Rodrigo. Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua. 2 ed. Belo Horizonte: D'Plácido, 2014, pp. 474-475.

integrar as diversas entidades de seguridade social. Neste novo sistema, buscou-se unificar as ações desempenhadas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, posteriormente, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual manteve a proposta de prestação de assistência à saúde vinculada ao exercício de atividade formal no mercado de trabalho²⁶.

Deste modo, para significativa parcela da população que não exercia trabalho formal, restavam, apenas, escassos serviços públicos ou a assistência promovida por entidades religiosas, filantrópicas ou até particulares²⁷.

Ademais, deve-se acrescentar que, nessa época, o Ministério da Saúde exercia um papel restrito, de caráter secundário, com orçamento muito inferior ao da Previdência Social e, mesmo com a atribuição legal, não atuava como gestor efetivo do Sistema Nacional de Saúde, que, por sua vez, também não se configurava propriamente como um sistema de saúde, conforme afirma Lenir Santos²⁸:

Aliás, o próprio Sistema Nacional de Saúde nunca foi um sistema na acepção jurídica da palavra, tendo sido na realidade um aglutinado de ações e serviços de saúde executados de forma isolada, desintegrada, por diversos ministérios. Muito menos o setor privado agia como um sistema, longe disso. Ainda que a lei determinasse ao Ministério da Saúde a formulação da política nacional de saúde, isso nunca aconteceu no mundo fático. O Ministério da Saúde nunca conseguiu ser coordenador do Sistema Nacional de Saúde, uma vez que sua importância no cenário político nacional era menor que a do Ministério da Previdência e Assistência Social, que detinha várias autarquias, dentre elas o INAMPS. O Ministério da Saúde nunca conseguiu, sob a égide da Lei 6.229, ser o coordenador de um sistema nacional que não existiu na prática.

Nesse contexto de desarticulação das políticas de saúde que priorizava somente ações curativas e de assistência hospitalar para uma parcela restrita da população (acesso limitado e não universal), a partir da década de 1960, inspirado pelo ideal de medicina social e influenciado pelo movimento internacional de promoção da saúde como direito fundamental e

²⁶ SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa. Campinas: Saberes Editora, 2013, p. 56.

²⁷ OLIVEIRA, Luciano Moreira. Atenção à saúde das pessoas usuárias de drogas e internações psiquiátricas. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; ALMEIDA, Gregório Assagra; GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; LIMA, Paulo Cesar Vicente; IENNACO, Rodrigo. Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua. 2 ed. Belo Horizonte: D'Plácido, 2014, p. 474.

²⁸ SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa. Campinas: Saberes Editora, 2013, p. 57.

dever do Estado, desenvolveu-se no país um movimento de reforma sanitária, o qual também se inseriu em um ambiente político de luta pela redemocratização²⁹.

Nesta esteira, destacam-se as Conferências Nacionais de Saúde, em especial, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986³⁰, que contou com a participação de diversos atores sociais, podendo ser considerada como marco no processo de construção da saúde como direito fundamental, com acesso universal e igualitário, em contraposição ao modelo até então vigente, resultando na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), já firmando as bases do atual Sistema Único de Saúde (SUS).

Ademais, as propostas formuladas pelo movimento de reforma sanitária foram apresentadas na Constituinte de 1987, por meio de projeto de emenda de iniciativa popular, as quais foram acolhidas de modo amplo, culminando na consagração do direito fundamental à saúde, nos moldes atuais, em consonância com os anseios sociais e com a própria diretriz constitucional de prevalência dos direitos humanos, promoção da dignidade da pessoa humana e transformação da realidade social³¹.

Com efeito, em relação à saúde mental, o histórico de assistência às pessoas com transtornos mentais no Brasil inicia-se com a fundação do primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, pelo Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841³². O referido hospital foi inaugurado em 1952, sendo que, inicialmente, encontra-se vinculado à Santa Casa de Misericórdia, caracterizando-se mais como instituição de caridade do que propriamente médica, haja vista que a sua estruturação não seguiu os parâmetros terapêuticos de alienação mental existentes à época, situação que somente se modificou em 1890, com desanexação da Santa Casa e entrega da direção aos médicos³³.

²⁹ OLIVEIRA, Luciano Moreira. Atenção à saúde das pessoas usuárias de drogas e internações psiquiátricas. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; ALMEIDA, Gregório Assagra; GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; LIMA, Paulo Cesar Vicente; IENACO, Rodrigo. Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua. 2 ed. Belo Horizonte: D'Plácido, 2014, p. 475.

³⁰ Conforme Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 10/09/2017.

³¹ OLIVEIRA, Luciano Moreira. Atenção à saúde das pessoas usuárias de drogas e internações psiquiátricas. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; ALMEIDA, Gregório Assagra; GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; LIMA, Paulo Cesar Vicente; IENACO, Rodrigo. Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua. 2 ed. Belo Horizonte: D'Plácido, 2014, p. 475.

³² BIBLIOTECA NACIONAL. Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841. Disponível em: <HTTPS://www.linux.an.gov.br/mapa/?p=9300>. Acesso em: 10/09/2017.

³³ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Lúcia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José de Carvalho; CARVALHO, Antônio Ivo. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2008, pp. 635-636.

Assim, a partir dessa medida imperial, abriu-se caminho para o surgimento de diversas outras instituições similares no país³⁴, disseminando-se a criação de colônias de alienados³⁵, que segregavam milhares de pessoas com transtornos mentais, alijando-as do convívio social, em uma estratégia de institucionalização que perdurou até a década de 1990 na política de saúde brasileira³⁶.

Nesse sentido, para se ter ideia da dimensão do modelo de institucionalização praticado no Brasil, a pesquisa realizada por Luiz da Rocha Cerqueira e publicada no livro “Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental”, de 1984, apontava que 97% dos recursos destinados à psiquiatria eram destinados, exclusivamente, ao custeio das internações hospitalares, sendo que, no final de 1978, havia quase 80 mil leitos psiquiátricos públicos e privados no país³⁷.

Contudo, em decorrência das inúmeras notícias de maus-tratos e sérias violações de direitos humanos infligidas aos pacientes nessas instituições, reforçadas pelo cenário de luta pela redemocratização, iniciou-se, no final da década de 1970, o processo de reforma psiquiátrica, com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e, em seguida, com o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), que continua ativo até os dias atuais³⁸.

³⁴ Durante o período compreendido entre 1840-1889, foram criadas diversas outras instituições semelhantes, que se denominavam “exclusivas para alienados”, em São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul, Ceará, conforme pontua Resende: “as primeiras instituições psiquiátricas surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades; acrescentem-se os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra os maus-tratos que sofriam os insanos. A recém-criada Sociedade de Medicina engrossa os protestos, enfatizando a necessidade de dar-lhes tratamento adequado, segundo as teorias e técnicas já em prática na Europa. (RESENDE, H. 2007. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis, Ed. Vozes, p. 38.

³⁵ A exemplo do famoso Hospital Colônia de Barbacena/MG, fundado em 1903, cujos horrores praticados foram denunciados por diversos profissionais de saúde, como o psiquiatra italiano Franco Basaglia, além de serem evidenciados nos impactantes registros do fotógrafo Luiz Alfredo, na revista O Cruzeiro, na reportagem “Os porões da loucura, do jornal Estado de Minas (1979), no documentário “Em nome da razão”, de Helvécio Ratton (1979) e no filme “Holocausto Brasileiro” (2016), produzido pela HBO, entre outros.

³⁶ OLIVEIRA, Luciano Moreira. Atenção à saúde das pessoas usuárias de drogas e internações psiquiátricas. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; ALMEIDA, Gregório Assagra; GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; LIMA, Paulo Cesar Vicente; IENNAO, Rodrigo. Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua. 2 ed. Belo Horizonte: D’Plácido, 2014, p. 476.

³⁷ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José de Carvalho; CARVALHO, Antônio Ivo. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2008, pp. 635-637.

³⁸ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José de Carvalho; CARVALHO, Antônio Ivo. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2008, pp. 635-637-638.

Outrossim, com o lema “por uma sociedade sem manicômios”, o movimento antimanicomial, além denunciar uma série de violações sistemáticas aos direitos humanos, também se empenhou pela modificação do paradigma de saúde mental, com a implementação de serviços alternativos, de caráter ambulatorial, dando origem, no final da década de 1980, aos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), como primeiro serviço que procurava constituir-se fora da lógica manicomial, prevendo ações de inserção comunitária e propostas de atenção intensiva a pacientes com quadros mais graves, em nível ambulatorial³⁹.

Além disso, diante desta mobilização geral, em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental e, em 1989, protocolou-se no Congresso Nacional projeto de lei de autoria do deputado Paulo Delgado que propunha a progressiva extinção dos manicômios no Brasil, marcando o início da reforma psiquiátrica também no campo legislativo e normativo⁴⁰.

Mesmo não tendo sido aprovado naquela oportunidade, o projeto de Paulo Delgado contribuiu para o fortalecimento das propostas do movimento de reforma psiquiátrica, ampliando o debate e influenciando tanto os gestores quanto a sociedade, frente à necessidade de tratamento humanizado às pessoas portadoras de transtornos mentais, com a plena salvaguarda de seus direitos fundamentais, sobretudo sua dignidade. Neste sentido, foi aprovada em Minas Gerais a Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, a qual dispunha sobre a promoção da saúde e da reintegração do portador de sofrimento mental; a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e extinção progressiva destes; bem como regulamentava as internações, especialmente a involuntária⁴¹.

Ademais, também na década de 1990, em decorrência do compromisso firmado pelo Brasil na Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, entraram em vigor no país as primeiras legislações federais regulamentando a implantação dos serviços de atenção diária, inspiradas nas experiências dos primeiros CAPs, NAPS e Hospitais-Dias. Do mesmo modo, também foram aprovadas as primeiras normas para

³⁹ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José de Carvalho; CARVALHO, Antônio Ivo. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2008, pp. 635-641.

⁴⁰ FONTE. Eliane Maria Monteiro. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Revista UFPE. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>. Acesso em: 10/09/2017.

⁴¹ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS. Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=828. Acesso em: 10/09/2017.

a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, de modo a garantir a operacionalização das novas práticas terapêuticas⁴².

Finalmente, em 2001, foi promulgada a Lei nº 10.216, que dispôs sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental e estabelecendo, ainda, que a medida de “internação, em qualquer de suas modalidades só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem ineficientes”, de modo a priorizar “a reinserção social do paciente em seu meio”⁴³. E, ainda, em 2003, acrescenta-se a Lei nº 10.708, que institui o Programa “De volta para casa”, assegurando recurso financeiro (denominado pelo legislador de auxílio-reabilitação) que incentivasse o retorno às famílias e à comunidade de pacientes institucionalizados por longo tempo⁴⁴.

Com isso, substituindo os antigos hospitais psiquiátricos, fortaleceu-se o modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), os quais, embora já tivessem começado a ser implantados no país na década de 1980, com ação pioneira, em São Paulo, compreendidos como um serviço ambulatorial de atenção diária, cujo funcionamento segue a lógica do território, conforme a regulamentação constante na Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002⁴⁵.

Neste contexto, após a estruturação e consolidação de um novo modelo sanitário e psiquiátrico no Brasil, voltado para o tratamento humanizado dos pacientes com algum tipo de transtorno mental, inserem-se as políticas públicas de saúde destinadas aos usuários de drogas, as quais demandam um conjunto de ações e serviços específicos para a garantia da atenção integral aos seus destinatários, conforme será tratado no tópico seguinte.

⁴² FONTE. Eliane Maria Monteiro. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Revista UFPE. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>. Acesso em: 10/09/2017.

⁴³ BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 10/09/2017.

⁴⁴ BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 11/09/2017.

⁴⁵ BRASIL. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf. Acesso em: 11/09/2017.

2.3 Políticas públicas de saúde destinadas aos usuários de drogas no Brasil

O histórico das políticas públicas destinadas aos usuários de drogas no Brasil, assim como as ações de repressão ao tráfico e de prevenção da dependência química, de modo geral, são relativamente recentes. Até a década de 1920, não havia no país nenhuma regulamentação oficial sobre o tema, não obstante já se observasse, naquela época, o aumento do consumo de drogas lícitas e ilícitas, principalmente o ópio, a cocaína e bebidas alcoólicas⁴⁶.

Com efeito, a partir deste momento, começaram a ser editadas as primeiras medidas estatais com o objetivo de instituir um aparato jurídico-institucional voltado, sobretudo, para o controle do consumo de drogas, mediante a proibição e a criminalização do uso e comércio dessas substâncias e da exclusão dos usuários do convívio social, através da sua segregação em prisões, sanatórios e, posteriormente, hospitais psiquiátricos⁴⁷.

Na década seguinte, precisamente em 1938, foi publicado o Decreto-Lei nº 891, o qual, considerando a necessidade de “dotar o país de uma legislação capaz de regular eficientemente a fiscalização de entorpecentes”, reafirma a criminalização do uso e comércio de drogas, estabelecendo que “toxicomania ou intoxicação habitual por substâncias entorpecentes é considerada doença de notificação compulsória” e proibindo “o tratamento de toxicômanos em domicílio”⁴⁸.

Posteriormente, em 1976, em um contexto prévio de reforma sanitária/psiquiátrica, a Lei nº 6.368 apresentou os primeiros indícios de mudança de paradigma em relação à dependência química, retirando o caráter compulsório dos tratamentos hospitalares, embora previsse a intensificação dos recursos medicamentosos nessas situações, com um forte cunho repressivo ainda presente⁴⁹.

Entretanto, a partir de 1980, com o advento de uma epidemia de AIDS (síndrome de imunodeficiência adquirida) ao redor do mundo e com o aumento exponencial dos registros de casos no Brasil, começou-se a repensar as políticas de saúde, especialmente aquelas voltadas aos denominados grupos de risco, considerados como responsáveis pela proliferação

⁴⁶ BOARINI, Maria Lúcia; MACHADO, Letícia Vier. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia da redução de danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2013, 33 (3), pp. 580 a 595. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000300006&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 12/09/2017.

⁴⁷ MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, pp. 801-821, jul.-set. 2007.

⁴⁸ BRASIL. Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/De10891.htm. Acesso em: 12/09/2017.

⁴⁹ BRASIL. Lei 6.368, de 21 de outubro de 1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm. Acesso em: 12/09/2017.

do vírus HIV, causador da AIDS, dentre os quais se enquadravam os homossexuais, os hemofílicos e os usuários de drogas injetáveis. Inicialmente, a principal intervenção estatal foi a frustrada tentativa de isolamento dos grupos de risco. Porém, a continuidade da propagação da doença para além desta população exigiu do Estado a formulação de políticas mais amplas e eficazes para lidar com o problema⁵⁰.

Nesse sentido, a classificação de grupos de risco é questionada e alterada pela ideia de “comportamentos de risco”, passando-se a adotar estratégias de prevenção e redução do risco, como a difusão de informação, controle de bancos de sangue, estímulo e adestramento para o uso de condom e outras práticas de “sexo seguro”, além de programas de troca de seringas para usuários de drogas injetáveis⁵¹, coordenados pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação Nacional de DST/AIDS⁵².

Deste modo, a epidemia de AIDS provocou um redirecionamento da atuação estatal, exigindo a implementação de medidas de prevenção ao uso de drogas, principalmente as injetáveis, fortalecendo-se a estratégia de redução de danos, no país, com base nos comportamentos de risco, contando, inclusive, com o apoio do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas.

Porém, com a evolução do fenômeno das drogas, marcado pelo crescimento exponencial do consumo de crack, no final dos anos 90 e início dos anos 2000, sobretudo nas grandes cidades, com o surgimento das denominadas “cracolândias”, ou seja, áreas da cidade com grande concentração de usuários de entorpecentes⁵³, o conceito de comportamento de risco também se tornou insuficiente para direcionamento adequado das políticas públicas. Assim, seu significado foi ampliado e agregado ao conceito de “vulnerabilidade”, de modo a reconhecer que o problema da dependência química, para além de uma questão individual e

⁵⁰ MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.3, pp. 801-821, jul.-set. 2007.

⁵¹ No Brasil, a primeira iniciativa de troca de seringas foi registrada em 1989, em Santos/SP, coordenada pelo médico sanitário David Capistrano, o qual implementou programas de distribuição de seringas aos usuários de drogas injetáveis, provocando inúmeras polêmicas entre aqueles que alegavam que tais medidas facilitavam o uso de substâncias entorpecentes, além do gasto indevido de dinheiro público (PETUCO, Dênis Roberto da Silva; MEDEIROS, Rafael Gil. Redução de danos: dispositivo da reforma? Koinomia. 2009. Disponível em: http://www.koinomia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340&cod_boletim=31. Acesso em: 13/09/2017).

⁵² MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, pp. 801-821, jul.-set. 2007.

⁵³ OLIVEIRA, Luciano Moreira. Atenção à saúde das pessoas usuárias de drogas e interações psiquiátricas. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; ALMEIDA, Gregório Assagra; GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; LIMA, Paulo Cesar Vicente; IENACO, Rodrigo. Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua. 2 ed. Belo Horizonte: D’Plácido, 2014, p. 478.

de saúde, abrange outras esferas, como a familiar, social, econômica e política, necessitando, portanto, de uma abordagem multifacetada, conforme ressalta Machado e Boarini⁵⁴:

No que se refere ao fenômeno das drogas, a transição do conceito de um comportamento de risco a uma situação de vulnerabilidade permitiu o reconhecimento de que, além da perspectiva individual, a droga perpassa outras esferas, tais como a social, a econômica e a política, que também determinam e influenciam o comportamento individual. Até então, a perspectiva das estratégias proibicionistas de guerra às drogas não abria espaço para essa reflexão e para a compreensão da droga como um fenômeno multideterminado.

Diante deste cenário, em contraposição à histórica lacuna assistencial prestada aos usuários de álcool e outras drogas e com o propósito de consolidação da reforma sanitária e psiquiátrica, foi aprovada a Lei nº 10.216, em 6 de abril de 2001, a qual concebeu o problema da dependência química como questão de responsabilidade pública, especificamente de responsabilidade das políticas de saúde mental⁵⁵.

Outrossim, em 2002, o Ministério da Saúde, priorizando a rede extra-hospitalar de cuidados, previu os CAPSADs, isto é, os Centros de Atenção Psicossocial, voltados, especificamente, à atenção dos usuários de álcool e drogas, conforme a Portaria GM/MS 816/2002⁵⁶, bem como estabeleceu os procedimentos de internações para tratamento de transtornos decorrentes do uso prejudicial dessas substâncias, com limite de 21 diárias para casos de desintoxicação e 15 diárias para casos de abstinência, consoante Portaria GM/MS 817/2002⁵⁷.

Nessa mesma época, pouco antes, em 2001, havia sido aprovada a Política Nacional Antidrogas (PNAD), com enfoque nas estratégias de redução de danos para o indivíduo, grupo social ou comunidade, bem como na prevenção de doenças infecciosas. Todavia, por ainda apresentar resquícios de uma política proibicionista, o PNAD foi sendo criticado e aprimorado, de modo que, em 2005, seu nome foi alterado para Política Nacional sobre Drogas e as suas disposições balizadoras, relativas à prevenção, tratamento, reinserção social

⁵⁴ BOARINI, Maria Lúcia; MACHADO, Letícia Vier. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia da redução de danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2013, 33 (3), pp. 580 a 595. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000300006&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 12/09/2017.

⁵⁵ BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em 13/09/2017.

⁵⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html. Acesso em: 14/09/2017.

⁵⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 817, de 30 de abril de 2002. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_817.pdf. Acesso em: 14/09/2002.

e repressão ao tráfico, ganharam uma nova roupagem, qual seja, a tentativa de “guerra às drogas” foi substituída pela proposta de resgate do usuário neste processo⁵⁸.

Posteriormente, novamente sensível à difusão do consumo de crack, foi proposto, pelo Governo Federal, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD), conhecido como “Plano Crack”. Instituído em 2009 e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 1190, o PEAD objetivava: (1) a ampliação do acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no SUS; (2) a diversificação das ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos; e (3) a construção de respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e à complexidade desta clínica. E, ainda, estruturava-se nos seguintes quatro eixos⁵⁹:

EIXO 1 – Ampliação do acesso ao tratamento: expansão da rede de CAPS; ampliação dos leitos de atenção integral em saúde mental e do atendimento pela rede de urgência e emergência; expansão das ações de saúde mental na atenção básica; articulação efetiva da rede de saúde com a rede de suporte social. [...]

EIXO 2 – Qualificação da atenção: formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento; qualificação da rede de cuidados, com investimento na formação, avaliação, monitoramento e produção do conhecimento. [...]

EIXO 3 – Articulação, intra e intersetorial, com a sociedade civil e participação social: apoio à articulação entre as políticas da saúde, desenvolvimento social, educação, esporte, justiça, trabalho, direitos humanos, cultura e outras políticas sociais; apoio às ações com a participação da sociedade civil em projetos comunitários que se articulem às redes de saúde mental. [...]

EIXO 4 – Promoção da saúde e dos direitos, inclusão social, enfrentamento do estigma: apoio a estratégias e ações para a sensibilização de gestores, profissionais e população em geral sobre os direitos das pessoas que usam álcool e outras drogas e as experiências comunitárias e ações culturais que trabalham com o estigma e com a inclusão social.

E, ainda, no ano seguinte, por meio do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, foi criado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, o qual estabelece que as ações do plano devem ser executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços de todos os entes da federação, observados os princípios da

⁵⁸ BOARINI, Maria Lúcia; MACHADO, Letícia Vier. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia da redução de danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2013, 33 (3), pp. 580 a 595. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000300006&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 12/09/2017.

⁵⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/11-saude-mental/12319-legislacao-saude-mental>. Acesso em: 14/09/2017.

intersetorialidade, interdisciplinaridade, integralidade, participação da sociedade civil e controle social, em cumprimento dos seguintes objetivos, conforme disposto em seu artigo 2º⁶⁰:

I – estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua;

II – estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde – SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social – SUAS;

III – capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas;

IV – promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas;

V – disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas; e

VI – fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos municípios de fronteira.

Destarte, após a apresentação do histórico e do cenário das políticas de saúde destinadas às pessoas usuárias de álcool e outras drogas, será trabalhada, no tópico seguinte, a atual configuração da rede de proteção de atenção psicossocial, de modo a possibilitar a compreensão das ações e serviços colocados à disposição dos usuários.

⁶⁰ BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm. Acesso em: 14/09/2017.

3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÀS PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL DECORRENTE DO USO DE ÁLCOOL E DROGAS E AS MEDIDAS DE INTERNAÇÃO

A rede de atenção às pessoas com sofrimento mental decorrente do uso de álcool e outras drogas compreende um conjunto de ações e serviços, cujo propósito consiste em atender às diferentes necessidades dos usuários e seus familiares, nos diversos pontos do território nacional, a partir de uma abordagem integral e humanizada. Com efeito, neste tópico, será tratada a atual configuração da rede de proteção psicossocial no Brasil, descrevendo as principais ações e serviços disponibilizados, à luz da respectiva portaria regulamentadora.

3.1 Rede de atendimento psicossocial às pessoas com sofrimento mental decorrente do uso de álcool e drogas

A rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento mental decorrente do uso de álcool e drogas (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde, foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para as pessoas com sofrimento mental ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, apresentando os seguintes objetivos gerais: (I) ampliação do acesso à atenção psicossocial da população geral; (II) promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e (III) garantia de articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências⁶¹.

A proposta da RAPS, em níveis diferentes de atenção e serviços, é assim formulada:

I – atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 - 1. Equipe de Consultório na Rua;
 - 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II – atenção psicossocial especializada, formada pelo seguinte ponto de atenção:

Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

⁶¹ Conforme art. 3º da Portaria GM/MS nº 3.088 (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MG nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15/09/2017).

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;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV – atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V – atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI – estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII – reabilitação psicossocial.

Deste modo, analisando os objetivos e a estrutura dos equipamentos e serviços descritos pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, é possível inferir o seu alinhamento com as diretrizes da reforma psiquiátrica, bem como a consonância da proposta com as demais políticas públicas de saúde mental, orientadas pelos princípios constitucionais e de organização do SUS.

Segundo Luciano Moreira de Oliveira, isso se dá, inicialmente, pela previsão de serviços de prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde e, ainda, pela disponibilização de cuidados em três níveis de atenção: básica (porta de entrada do usuário), média complexidade (atendimento ambulatorial dos CAPS) e alta complexidade (atenção hospitalar nos hospitais gerais e de referência), sendo que, principalmente os dois primeiros níveis, fundamentam-se no pressuposto de atenção multiprofissional, permitindo o cuidado holístico do usuário, de modo a atender suas diversas necessidades⁶².

A atenção básica, conforme disciplina o Decreto nº 7.508/2011, corresponde à porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde, sendo formada por um conjunto de ações de saúde, em âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, com vistas à prestação de uma assistência integral e integrada com os demais

⁶² OLIVEIRA, Luciano Moreira. Atenção à saúde das pessoas usuárias de drogas e internações psiquiátricas. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; ALMEIDA, Gregório Assagra; GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; LIMA, Paulo Cesar Vicente; IENNAO, Rodrigo. Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua. 2 ed. Belo Horizonte: D'Plácido, 2014, p. 483.

serviços da rede, de modo a gerar um efetivo impacto na situação de saúde, autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionais de saúde das coletividades⁶³.

Para tanto, a atenção primária, como base fundamental do sistema e como ponto mais próximo da vida das pessoas, desenvolve-se com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, buscando conhecer as características, necessidades, problemas e riscos de determinada população, considerando o sujeito em sua singularidade e dentro de um contexto social, de modo a traçar projetos terapêuticos específicos, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAPS, promovendo o cuidado integral e humanizado, conforme orientação da Política Nacional de Atenção Básica⁶⁴:

Na construção da atenção integral, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas: ser base, atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde e produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAPS, assim como as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais; ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Neste sentido, a Política de Atenção Básica tem na Saúde da Família a sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção primária, destacando-se o papel dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), os quais são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas, que devem atuar de maneira integrada, oferecendo suporte às equipes de Saúde da Família, Atenção Básica, para populações específicas (consultórios de rua, equipes ribeirinhas e fluviais, entre outras) e Academia de Saúde, ampliando a capacidade de intervenção da rede primária, por meio das ações de promoção da saúde e superação das condições de vulnerabilidade social.

⁶³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica, nº 34, 2013, p. 19. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 15/09/2017.

⁶⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica, nº 34, 2013, pp. 19-20. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 15/09/2017.

Ademais, neste cenário de atenção primária, merece realce a iniciativa de instalação dos consultórios de rua, definidos pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011 e regulamentados pela Portaria GM/MS nº 122/2012, como:

Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental para:

1. pessoas em situação de rua em geral;
2. pessoas com transtornos mentais;
3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros.

Nesta esteira, o consultório de rua apresenta-se como estratégia de ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde das populações marginalizadas, em especial aquelas com trajetória de rua. Em outros termos, este serviço funciona como ponte entre as populações marginalizadas e em situação de vulnerabilidade e a rede de atenção psicossocial, permitindo ações de prevenção e cuidados de saúde que levem em consideração o perfil específico destes usuários, seu modo de vida e suas necessidades, muitas vezes ignoradas e, equivocadamente, interpretadas como recusa destas pessoas em se tratarem⁶⁵.

Em sequência, sobre a atenção de média complexidade ou secundária, encontram-se os CAPS, em suas diversas modalidades, como estratégia de atendimento ambulatorial. Neste nível de atenção, a proposta dos CAPS subdivide-se em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSAD, CAPSADIII e CAPSi. Conforme a já mencionada Portaria GM/MS nº 3.088/2011, os CAPS I, II e III destinam-se ao atendimento da população em geral; o CAPSAD e o CAPSADIII são específicos para a atenção de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e o CAPSi é voltado ao atendimento de crianças e adolescentes⁶⁶.

⁶⁵ Ratificando este entendimento, trecho do trabalho apresentado na II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS, sobre a relevância dos consultórios de rua: “O percurso anterior dessa população em relação ao contato com as instituições de saúde e sociais muitas vezes se passou através de situações de rejeição devido ao estigma e à falta de acolhimento por parte de profissionais da rede, gerando o afastamento destes dos serviços formais. O Consultório de Rua apresenta uma proposta que procura ultrapassar essa barreira, a começar pelo fato de os profissionais se dirigirem a essa população em seu próprio espaço de vida, e abrir um campo de fala, ampliando a capacidade de subjetivação dos usuários, considerando a realidade de vida desses sujeitos”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, setembro 2010, p. 14.

⁶⁶ Conforme art. 7º, § 4º, da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades: I – CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de vinte mil habitantes; II – CAPS II: atende pessoas

Além disso, a RAPS conta com a previsão de serviços de urgência e emergência para o atendimento de pessoas em crise, bem como dos serviços hospitalares de retaguarda para o seu tratamento, de forma continuada, caso necessário, em casos graves, em observância das disposições da Lei nº 10.216/2001 (ações de serviços de alta complexidade ou de atenção terciária). Deste modo, estabelece o art. 10, incisos I e II, da Portaria GM/MS nº 3.088/2011:

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços:

I – enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, 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;

II – Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

Outro importante instrumento contemplado na rede psicossocial é a atenção residencial de caráter transitório, no qual estão previstos serviços de: (I) Unidade de Acolhimento⁶⁷: para o oferecimento de cuidados contínuos de saúde, com funcionamento

com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para municípios com população acima de setenta mil habitantes; III – CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. 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 com população acima de duzentos mil habitantes; IV – CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes; V – CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e VI – CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MG nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15/09/2017).

⁶⁷ As Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial, está detalhada e regulamentada na Portaria GM/MS nº 121/2012. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html.

vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, 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; e (II) Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais enquadram-se as Comunidades Terapêuticas⁶⁸: para a prestação de serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas⁶⁹.

Por fim, a RAPS conta, ainda, com o componente denominado “Estratégias de Desinstitucionalização”, o qual é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social, bem como iniciativas de geração de trabalho e renda, com empreendimentos solidários e cooperativas sociais⁷⁰.

Destarte, após a apresentação da configuração da rede de atenção psicossocial para as pessoas portadoras de sofrimento ou transtorno mental decorrente do uso de álcool e outras drogas, em uma complexa teia de ações e serviços que demandam integração e intersetorialidade para a efetivação da atenção integral aos usuários, mostra-se imprescindível a atuação do Ministério Público, conforme adverte Luciano Moreira, como parceiro importante e agente de integração entre os diversos atores sociais envolvidos, em cumprimento dos mandamentos institucionais expressos na Constituição Federal, sobretudo a tutela dos interesses coletivos⁷¹.

Acesso em: 15/09/2017).

⁶⁸ Neste ponto, convém mencionar a Portaria GM/MS nº 131/2012, que “Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 15/09/2017).

⁶⁹ Conforme artigo 9º, incisos I e II, da Portaria GM/MS nº 3.088/2011. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15/09/2017).

⁷⁰ Conforme previsto no artigo 11 e 12 da Portaria GM/MS nº 3.088/2011. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15/09/2017).

⁷¹ OLIVEIRA, Luciano Moreira. Atenção à saúde das pessoas usuárias de drogas e internações psiquiátricas. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; ALMEIDA, Gregório Assagra; GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; LIMA, Paulo Cesar Vicente; IENACO, Rodrigo. Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua. 2 ed. Belo Horizonte: D’Plácido, 2014, p. 486.

3.2 Medidas de internação psiquiátrica: diretrizes da Lei nº 10.216/2001

Ao longo do presente estudo, descreveu-se o processo de construção da rede de atenção psicossocial das pessoas portadores de sofrimento ou transtorno mental decorrente do uso de álcool e drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a partir de um novo paradigma de saúde mental instituído pelas reformas sanitária e psiquiátrica e norteado pelos princípios de universalidade, integralidade, equidade, participação social, prevalência dos cuidados extra-hospitalares, reinserção social e redução de danos.

Entretanto, cumpre salientar que serviços de atenção e assistência à saúde dos usuários e dependentes químicos, não obstante venham sendo estruturados desde a década de 1980, são relativamente recentes, estando em construção e ainda longe de serem considerados como acabados. Prova disso, são os inúmeros atos normativos referentes ao tema editados nos últimas décadas com o intuito de adequar e aprimorar as políticas públicas voltadas aos usuários de entorpecentes⁷².

Por outro lado, o consumo de álcool e drogas continua apresentando níveis alarmantes, com crescimento assustador, principalmente entre as crianças, adolescentes e jovens, gerando uma enorme preocupação social, de saúde e até de segurança pública⁷³. No mesmo sentido, o aumento do uso de crack e o expansão das chamadas “cracolândias” têm exposto ainda mais a questão da dependência química, lançando grandes desafios à atuação estatal e à sociedade como um todo.

Em relação à proliferação das cracolândias e para se ter uma ideia da dimensão do problema, um levantamento feito pela Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social de São Paulo e publicado em 8 de julho de 2017, apontou que o fluxo de usuários, apenas na área conhecida como “Quadrante Helvética”, na região da Luz, mais do que dobrou em um ano. Isto é, os dados revelaram que a média de usuários de drogas no fluxo subiu de 709 pessoas em abril de 2016 para 1.861 pessoas em maio deste ano, em um aumento de 160%⁷⁴.

⁷² OLIVEIRA, Luciano Moreira. Atenção à saúde das pessoas usuárias de drogas e internações psiquiátricas. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; ALMEIDA, Gregório Assagra; GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; LIMA, Paulo Cesar Vicente; IENNACO, Rodrigo. Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua. 2 ed. Belo Horizonte: D’Plácido, 2014, p. 487.

⁷³ Neste sentido, a última pesquisa divulgada pelo IBGE, em 2015, aponta o significativo aumento do uso de álcool e drogas entre os jovens. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 15/09/2017).

⁷⁴ ESTADÃO. Pesquisa revela que população da Cracolândia cresceu 160% em um ano. 8 de julho de 2017. Disponível em: <http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,pesquisa-revela-que-populacao-da-cracolandia-cresceu-160-em-um-ano,70001832252>. Acesso em: 16/09/2017.

Ademais, convém acrescentar que o consumo de crack, assim como de outras drogas, não se restringe às cidades de grande e médio porte, expandindo-se de tal forma que o problema pode ser observado em praticamente todos os municípios brasileiros. Nesta esteira, a Confederação Nacional de Municípios (CNM), preocupada com a questão, realizou, no ano de 2010, o primeiro levantamento em 3.950 cidades (71% do total dos municípios), com o intuito de mapear a existência e a intensidade desse problema, sendo que o resultado, publicado no estudo intitulado “Pesquisa sobre a situação do crack nos municípios brasileiros”, evidenciou que “aproximadamente 98% dos municípios já enfrentavam dificuldades relacionadas à existência do crack”⁷⁵.

Com isso, diante da extensão e cronicidade do consumo de drogas e do agravamento dos quadros de dependência química, associados a outros fatores de vulnerabilidade social, como abandono de emprego, agressividade em relação aos familiares e a terceiros, envolvimento com o cometimento de crimes, entre outros, tem-se verificado um aumento significativo da procura por leitos de psiquiatria, reacendendo a discussão sobre o cabimento e adequação da medida de internação para tratamento mental decorrente do uso abusivo de drogas, bem como provocando a reflexão acerca da atuação resolutiva do Ministério Público nestes casos.

Segundo Ângelo Mazzuchi, o aumento da procura por leitos em hospitais de psiquiatria apresenta quatro causas prováveis: (I) preconceito: ligado ao antigo princípio de isolamento do doente mental, que vigorou por décadas, como medida terapêutica imprescindível à garantia da segurança pessoal do paciente e de sua família, ignorando a sua condição de sujeito de direitos; (II) ausência de processos terapêuticos eficazes: em especial para os casos de uso abusivo de álcool e drogas, nos quais os procedimentos terapêuticos têm se mostrado pouco resolutivos, com limitados medicamentos específicos, agregados às escassas pesquisas sobre o emprego de terapias alternativas, gerando a sensação de progressiva impotência e intolerância em relação ao portador deste tipo de transtorno mental, de modo que os próprios médicos têm indicado, em primeiro plano, a internação psiquiátrica, sem o prévio esgotamento das medidas extra-hospitalares; (III) ausência de serviços em rede: embora haja previsão de assistência integral, por meio de ações e serviços de saúde, assistência social e outros, estes não atuam, de fato, de forma integrada, sendo regra o tratamento fragmentado e por tempo insuficiente, gerando estímulos aos recursos terapêuticos

⁷⁵ CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. Crack: doenças relacionadas e formas de tratamento. Observatório do Crack. 2015. Disponível em: [http://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/Observatorio%20do%20Crack%20-%20Doen%C3%A7as%20relacionadas%20e%20formas%20de%20tratamento%20\(2015\).pdf](http://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/Observatorio%20do%20Crack%20-%20Doen%C3%A7as%20relacionadas%20e%20formas%20de%20tratamento%20(2015).pdf). Acesso em: 13/09/2017.

extremos, como a internação hospitalar; e (IV) ausência de leitos hospitalares: a atual Política Nacional de Saúde adotou medidas de redução dos leitos hospitalares especializados, em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica, mas não conseguiu implementar, de maneira satisfatória, a rede substitutiva, com a criação de leitos de curta duração, em hospitais gerais e serviços em meio aberto, ocasionando uma nova espécie de lacuna assistencial⁷⁶.

Deve-se salientar que a internação hospitalar integra os serviços abrangidos pela rede de atenção psicossocial em nível de alta complexidade ou de atenção terciária, que deve estar disponível ao usuário como último recurso terapêutico para tratamento de casos clínicos graves, que demandem intervenções drásticas para garantia da vida e saúde do paciente. Neste contexto, as ações e serviços, em todos os níveis de atenção (básica, média e alta complexidade), devem ser empregados de forma integrada e complementar, de acordo com a necessidade de cada usuário, não sendo admissível, por conseguinte, lançar-se mão da internação psiquiátrica sob o argumento de deficiência ou insuficiência dos demais pontos da rede, o que consistiria em inadequada utilização do sistema e, sobretudo, em violação dos direitos e garantias fundamentais do indivíduo, além da indevida privação de liberdade.

No âmbito da Lei nº 10.216/2001⁷⁷, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, estão previstas três modalidades de internação psiquiátrica:

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.

Na internação voluntária, o paciente manifesta expressamente e por escrito a opção por este recurso, o qual deve ser indicado por laudo médico fundamentado, devendo a vaga em hospital geral ou em leito especializado de psiquiatria ser disponibilizada pelo gestor de saúde, com responsabilidade sanitária sobre os serviços de leitos hospitalares.

⁷⁶ FERREIRA, Ângelo Mazzuchi Santana. O Ministério Público diante da procura pelas internações psiquiátricas. Disponível em: http://www.mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semear/Materiais_de_Apoio/Doutrina/Artigo_O_MINISTERIO_PUBLICO_DIANTE_DA_PROCURA_POR_INTERN.pdf. Acesso em: 16/09/2017.

⁷⁷ BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 10/09/2017.

Já a internação involuntária ocorre nos casos em que há laudo médico fundamentado, concordância do responsável pelo paciente em relação à medida, não aceitação do usuário pelo tratamento ou impossibilidade deste de expressar o seu consentimento e disponibilização de vaga pelo gestor de saúde.

Cumpra salientar que tanto a internação voluntária quanto a involuntária⁷⁸ devem ser autorizadas por médico registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento de tratamento, conforme exigência do art. 8º, *caput*, da Lei nº 10.216/2001.

Além disso, a internação involuntária deve ser comunicada ao Ministério Público no prazo de 72 horas e o seu término pode se dar por solicitação escrita do familiar responsável ou quando indicado pelo especialista responsável pelo tratamento, devendo o mesmo procedimento ser observado por ocasião da alta médica (art. 8º, §§ 1º e 2º, da Lei nº 10.216/2011).

Por sua vez, a internação compulsória independe da vontade do paciente e de seu responsável legal; requer a existência de ação judicial que obedeça o devido processo legal e não está vinculada à disponibilização prévia de vaga pelo gestor do SUS, sendo aplicada por decisão judicial “de acordo com legislação vigente”, consoante previsto no art. 9º da Lei nº 10.216/2001.

Neste ponto, convém relembrar e advertir que a medida de internação deve ocorrer somente quando esgotados os recursos extra-hospitalares disponíveis, objetivando o tratamento e a reinserção social do paciente, de modo a resguardar os direitos fundamentais das pessoas portadoras de transtornos mentais, em sintonia com o modelo assistencial previsto pela própria Lei nº 10.216/2011.

Com efeito, para a assistência à saúde, foram previstos dois casos específicos de internação: a voluntária e a involuntária. Ou seja, a primeira com o consentimento do paciente e a segunda sem a sua concordância, sendo que a indicação de qualquer delas, em conformidade com o sistema de atenção psicossocial, cabe aos serviços de atenção primária, CAPS ou de urgência e emergência, que possuem melhores condições de avaliar a necessidade da medida⁷⁹.

⁷⁸ As internações voluntárias e involuntárias também são regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 2.391/2002, a qual, contudo, nada dispõe sobre as internações compulsórias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MG nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-gm-ms-2391-2002>. Acesso em 16/09/2017).

⁷⁹ OLIVEIRA, Luciano Moreira. Atenção à saúde das pessoas usuárias de drogas e internações psiquiátricas. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; ALMEIDA, Gregório Assagra; GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; LIMA, Paulo Cesar Vicente; IENACO, Rodrigo. Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua. 2 ed. Belo Horizonte: D'Plácido, 2014, p.490.

Neste contexto, a opção pelo recurso de internação, seja na modalidade voluntária ou involuntária, em casos de consumo abusivo de drogas lícitas e ilícitas, é decisão privativa dos profissionais de saúde, que, avaliando a gravidade de cada caso, possuem condições de indicar a medida, não sendo plausível a interferência jurisdicional, a não ser nos casos de negativa de prestação de atendimento adequado ou de inexistência de leitos de internação, após autorização médica, quando podem ser adotadas providências para sanar a indevida omissão estatal, tanto na esfera judicial quanto extrajudicial.

Deste modo, a internação involuntária não necessita de ordem judicial, podendo ser efetivada a requerimento de familiar ou responsável pelo paciente ou, em caso de impossibilidade de identificação destas pessoas, por decisão dos profissionais de saúde, mediante a elaboração de laudo médico e disponibilização de vaga pelo gestor de saúde.

A compulsória, no entanto, é decretada pelo juízo, nos previstos e autorizados pela legislação vigente, os quais são: (I) Medida de Segurança: prevista no Código Penal e no Código de Processo Penal e determinada pelo juiz do processo criminal, nos casos de atos típicos e ilícitos cometidos por pessoa penalmente inimputável; (II) Medida de Segurança Intercorrente: descrita na Lei de Execuções Penais, aplicada na fase de execução da pena, pelo juízo de execução criminal; (III) Medida Socioeducativa: indicada no artigo 112, VII, cumulado com o artigo 101, V, do Estatuto da Criança e Adolescente, para o caso de adolescente em conflito com a lei, a ser decretada pelo Juízo da Vara da Infância e Juventude, no processo de ato infracional; (IV) Medida de Proteção: prevista no Estatuto da Criança e Adolescente, no artigo 101, inciso V, na hipótese de criança ou adolescente em condição de risco social, a ser decretada pelo Juízo da Vara da Infância e Juventude; (VI) Medida de Proteção de Idoso; estabelecida no Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003, nos artigos 43 e 45, inciso III, a ser decretada pelo juízo cível a requerimento do Ministério Público⁸⁰.

Com isso, evidencia-se que a internação compulsória não pode ser empregada como mecanismo de acesso à saúde, o que ofenderia os direitos fundamentais das pessoas, em especial o direito à liberdade, por caracterizar indevida privação de liberdade ou constrangimento ilegal, fora das hipóteses autorizadas pela legislação, além de contrariar a própria orientação das políticas públicas de saúde mental, que priorizam medidas extra-hospitalares e vinculam a internação à expressa indicação de um profissional de saúde, após o esgotamento das alternativas menos invasivas.

⁸⁰ FERREIRA, Ângelo Mazzuchi Santana. O Ministério Público diante da procura pelas internações psiquiátricas. Disponível em: http://www.mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semear/Materiais_de_Apoio/Doutrina/Artigo_O_MINISTERIO_PUBLICO_DIANTE_DA_PROCURA_POR_INTERN.pdf. Acesso em: 16/09/2017.

Nessa direção, descreve-se o Enunciado nº 1 do CNJ⁸¹, aprovado na I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, em 15/05/2014:

Nas demandas em tutela individual para internação de pacientes psiquiátricos e/ou com problemas de álcool, crack e outras drogas, quando deferida a obrigação de fazer contra o poder público para garantia de cuidado integral em saúde mental (de acordo com o laudo médico e/ou projeto terapêutico elaborado por profissionais de saúde mental do SUS), não é recomendável a determinação a priori de internação psiquiátrica, tendo em vista inclusive o risco de institucionalização de pacientes por longos períodos.

Do mesmo modo, conforme defende Luciano Moreira⁸², a internação compulsória não é instrumento de admissão no sistema de assistência à saúde e a sua utilização equivocada pode acarretar situações inusitadas e graves:

Admitindo-se a orientação de que a internação compulsória pode ser utilizada como forma de assegurar assistência à saúde pode-se chegar a situações inusitadas e graves. De início, se a internação psiquiátrica depende de indicação médica e se esta já existe – seja obtida pelo paciente, por pessoa de sua família ou após o contato dele com o sistema de saúde – não há necessidade de ordem judicial. Pode ser feita voluntária ou involuntariamente, conforme se obtenha ou não consentimento da pessoa. O ajuizamento de demanda nessa hipótese não atende a umas das condições da ação e leva à extinção do processo, sem resolução de mérito, por ausência de pressuposto processual (artigo 267, VI, do CPC). De outro lado, admitindo-se a internação compulsória para tratamento, a alta do paciente fica sujeita a uma ordem ou alvará de desinternação? Ora, referida situação, novamente, transgride de forma frontal os direitos do usuário, pois se abre a possibilidade de existência de decisão médica de alta hospitalar da pessoa, que não pode ser efetivada por falta de autorização judicial. Esta, sim, seria situação de constrangimento ilegal, passível de correção por via de *habeas corpus* (artigo 5º, LXVIII, da Constituição), assim como toda e qualquer internação não consentida feita em desconformidade com o ordenamento jurídico brasileiro, sobretudo o princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1º, III, da Constituição) e o direito à liberdade (artigo 5º, *caput*, da Constituição).

Embora não seja objeto do presente trabalho, pois demandaria um estudo mais aprofundado e cuidadoso, vale ressaltar que na hipótese da internação, seja ela compulsória ou

⁸¹ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça. 15 de maio de 2014. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENRIA_15_5_14_r.pdf. Acesso em: 16/09/2017.

⁸² OLIVEIRA, Luciano Moreira. Atenção à saúde das pessoas usuárias de drogas e internações psiquiátricas. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; ALMEIDA, Gregório Assagra; GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; LIMA, Paulo Cesar Vicente; IENNAO, Rodrigo. Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua. 2 ed. Belo Horizonte: D'Plácido, 2014, p. 491.

involuntária, ser arbitrária e contrária aos requisitos legais, por cuidar-se de restrição ao direito de liberdade, é cabível a impetração de *habeas corpus*, inclusive pelo Ministério Público, caso não seja necessária a dilação probatória. A legitimidade do Ministério Público tem fundamento nas leis orgânicas do Ministério Público do Estado de Minas Gerais (Lei Complementar nº 34/1994, art. 74, inciso I)⁸³ e do Ministério Público da União (Lei nº 8.625/1993, arts. 32 e 80⁸⁴, e Lei Complementar nº 75/1993, art. 6º)⁸⁵.

Porém, em que pese o entendimento defendido, há diversos posicionamentos em sentido contrário e muitos Promotores de Justiça são favoráveis ao ajuizamento de Ação Ordinária de Internação Compulsória para dependentes químicos.

As ações são ajuizadas com base na legitimidade do Ministério Público para atuar na defesa do direito individual indisponível do dependente químico, muitas vezes ao argumento de resguardar sua saúde e proteger sua vida e de sua família.

Na maioria das ações a sentença é de procedência do pedido, que é confirmada pelos tribunais. Neste sentido, destacam-se os atuais julgados do Tribunal de Justiça de Minas Gerais:

EMENTA: REMESSA NECESSÁRIA - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - DIREITO À SAÚDE - DEPENDÊNCIA QUÍMICA - INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA - RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DA UNIÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS - MINISTÉRIO PÚBLICO - PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA - REJEITADA - MEDIDA EXCEPCIONAL - EXIGÊNCIA DE LAUDO MÉDICO - ACOMPANHAMENTO POR SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - PREENCHIMENTO DOS REQUISITOS LEGAIS - SENTENÇA CONFIRMADA.

- A internação compulsória de dependentes químicos é medida excepcional e seu deferimento atrela-se a laudo médico que embase o pedido, com as exigências constantes no § 1º do art. 10 da Lei Estadual nº 11.802/1995.

⁸³ Conforme o art. 74: “Além das atribuições previstas na Constituição Federal, na Constituição Estadual, na Lei Orgânica Nacional do Ministério Público e em outras leis, compete aos Promotores de Justiça: I – impetrar *habeas corpus*, mandado de segurança e requerer correição parcial, inclusive perante os Tribunais locais competentes”. (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Lei Complementar nº 34/1994: Lei Orgânica do Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId>. Acesso em: 20/11/2017).

⁸⁴ Lei Orgânica do MPU: Art. 32. Além de outras funções cometidas nas Constituições Federal e Estadual, na Lei Orgânica e demais leis, compete aos Promotores de Justiça, dentro de suas esferas de atribuições: I – impetrar *habeas corpus* e mandado de segurança e requerer correição parcial, inclusive perante os Tribunais locais competentes. Art. 80. Aplicam-se aos Ministérios Públicos dos Estados, subsidiariamente, as normas da Lei Orgânica do Ministério Público da União. (MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO. Lei nº 8.625/1993: Lei Orgânica Nacional do Ministério Público. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8625.htm. Acesso em: 20/11/2017).

⁸⁵ E, ainda, a Lei Complementar nº 75/93: Art. 6º. Compete ao Ministério Público da União: (...) VI – impetrar *habeas corpus* e mandado de segurança. (MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO. Lei Complementar nº 75/1993. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp75.htm. Acesso em 20/11/2017).

EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO - AÇÃO ORDINÁRIA - INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA - DEPENDENTE QUÍMICO - TUTELA PROVISÓRIA - REQUISITOS - PRESENÇA - POSSIBILIDADE. - Configurada a existência dos pressupostos da medida pleiteada, quais sejam, a probabilidade do direito, bem como o perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo, deve ser deferida a antecipação da tutela. - Quando a saúde de um indivíduo está se deteriorando e sua vida em risco, não se pode aguardar a excessiva burocracia administrativa para realização da intervenção necessária. - Há risco de dano inverso, uma vez que a internação compulsória mostra-se, num primeiro momento, como a melhor alternativa a ser adotada, tendo em vista risco que o interessado apresenta para si e para terceiros. - Recurso não provido ⁸⁷.

Além disso, deve-se acrescentar que justificativas como, por exemplo, a não-submissão do paciente a avaliações psiquiátricas, a recusa de ingresso em hospital psiquiátrico ou a indisponibilidade de vaga em hospital psiquiátrico, pelo gestor de saúde, não se mostram suficientes para o recurso à internação compulsória, pelos motivos acima expostos, demandando do Ministério Público a adoção de providências resolutivas para tratar a questão, sobretudo as medidas extrajudiciais, conforme será abordado nos tópicos seguintes.

87 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Agravo de Instrumento-
Cv.1.0105.12.024803-1/003, Relator(a): Des.(a) Kildare Carvalho, 4ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em
19/10/2017, publicação da súmula em 24/10/2017. Disponível em:
[http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaPalavrasEspelhoAcordao.do?
&numeroRegistro=4&totalLinhas=618&paginaNumero=4&linhasPorPagina=1&palavras=interna%E7%E3o
%20compuls%E3ria%20dependente%20qu
%EDmico&pesquisarPor=ementa&pesquisaTesauro=true&orderByData=1&pesquisaPalavras=Pesquisar&](http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaPalavrasEspelhoAcordao.do?&numeroRegistro=4&totalLinhas=618&paginaNumero=4&linhasPorPagina=1&palavras=interna%E7%E3o%20compuls%E3ria%20dependente%20qu%EEDmico&pesquisarPor=ementa&pesquisaTesauro=true&orderByData=1&pesquisaPalavras=Pesquisar&)
Acesso em: 15/11/2017.

4. MEDIDAS DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA E A COLISÃO DE PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

A Constituição Federal de 1988 positivou uma variada gama de direitos fundamentais em seu texto, aliada ao fortalecimento do Poder Judiciário e do estabelecimento do acesso à justiça como novo método de pensamento, ou seja, o acesso a uma ordem jurídica adequada e justa, em consonância com a máxima concretizadora, irradiante e condutora dos direitos fundamentais, voltada à transformação da realidade social⁸⁸.

⁸⁸ ALMEIDA, Gregório Assagra de. *Direito material coletivo: superação da summa divisio direito público e direito privado por uma nova summa divisio constitucionalizada*. Belo Horizonte: Del Rey, 2008.p.

Ocorre, entretanto, que, nas diversas situações cotidianas, a aplicação dos direitos fundamentais pode resultar em colisão ou conflito, gerando uma dificuldade ao operador na análise de qual direito deva prevalecer no caso concreto, conforme se infere nas hipóteses de internação psiquiátrica do dependente químico, em que se colocam em rota de colisão os direitos/princípios: vida/saúde e liberdade/autonomia de vontade do paciente.

Neste panorama, a teoria da ponderação e da proporcionalidade do jurista alemão Robert Alexy apresenta soluções para o problema da colisão entre direitos fundamentais consagrados em normas de estrutura principiológica, as quais têm sido amplamente incorporadas, no Brasil, tanto na doutrina quanto na jurisprudência.

Assim, neste tópico serão tratadas a colisão de princípios fundamentais, como enfoque para o conflito constatado nos casos de internação psiquiátrica dos dependentes químicos, e a técnica da ponderação, por meio da aplicação do princípio da proporcionalidade, com base nos ensinamentos de Robert Alexy.

4.1 Colisão de princípios fundamentais e princípio da proporcionalidade

Segundo Robert Alexy, o conceito de colisão de direitos fundamentais pode ser compreendido estrita ou amplamente. As colisões de direitos em sentido estrito nascem sempre que o exercício de determinado direito fundamental acarrete consequências negativas em relação a outro direito fundamental, podendo tratar-se dos mesmos direitos fundamentais ou diversos, enquanto as colisões em sentido amplo envolvem consequências negativas em relação a bens coletivos⁸⁹.

Neste ponto, esclarece o citado autor que as normas jurídicas consagradoras de direitos fundamentais subdividem-se em regras e em princípios, cuja distinção é fundamental para a adequada compreensão da teoria dos direitos fundamentais e para a resolução dos chamados casos difíceis (*hard cases*), isto é, aqueles que envolvem o conflito de direitos fundamentais.

As regras são mandamentos definitivos que só podem ser cumpridos ou não, sendo aplicadas através da subsunção e por meio da lógica “tudo ou nada”. Isso implica dizer que conflito envolvendo normas desta natureza, somente pode ser solucionado pela introdução de uma cláusula de exceção em uma das regras⁹⁰, eliminando o conflito ou pela declaração de

280.

⁸⁹ ALEXY, Robert. “A colisão de direitos fundamentais e a realização de direitos fundamentais do Estado de Direito Democrático”. Revista de Direito Administrativo, v. 217. jul./set. 1999. pp. 68-69.

⁹⁰ Conforme Alexy: “Um exemplo para um conflito entre regras que pode ser resolvido por meio da introdução de uma cláusula de exceção é aquele entre a proibição de sair da sala de aula antes que o sinal toque e o dever de deixar a sala se soar o alarme de incêndio. Se o sinal ainda não tiver sido tocado, mas o alarme de

invalidade de uma das regras⁹¹. Ademais, em relação à declaração de invalidade, como acréscimo às considerações do autor, destacam-se os critérios de solução de antinomias (hierárquico, cronológico, especialidade) previstos no direito brasileiro, na Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro⁹². Neste mesmo sentido, comenta Alexy: “Esse problema pode ser solucionado por meio de regras como *lex posterior derogat legi priori* e *lex specialis derogat legi generali*, mas é também possível proceder de acordo com a importância de cada regra em conflito”⁹³.

Por outro lado, os princípios são mandatos de otimização que ordenam que algo seja realizado em uma medida tão ampla quanto possível, relativamente às possibilidades fáticas e jurídicas. Diante disso, a colisão entre princípios não perpassa a declaração de invalidade ou a inclusão de cláusula de exceção, sendo solucionada a partir da ponderação, também conhecida como sopesamento ou balanceamento:

Se dois princípios colidem – o que ocorre, por exemplo, quando algo é proibido de acordo com um princípio e, de acordo com outro, permitido –, um dos princípios terá que ceder [...]. A solução para essa colisão consiste no estabelecimento de uma relação de precedência condicionada entre os princípios, com base nas circunstâncias; do caso concreto. Levando-se em consideração o caso concreto, o estabelecimento de relações de precedências condicionadas consiste na fixação de *condições* sob as quais um princípio tem precedência em face do outro. Sob outras condições, é possível que a questão da precedência seja resolvida de forma contrária. [...]. Esse “conflito” – como o Tribunal Constitucional Federal costuma chamar esse tipo de colisão – não é solucionado por meio da declaração de invalidade de uma das duas normas, mas por meio de “sopesamento”, no qual nenhum dos princípios – nesse contexto, o Tribunal Constitucional Federal chama-os de “valores constitucionais” – “pode pretender uma precedência geral”. Ao contrário, é necessário “decidir qual interesse deve ceder, levando-se em consideração a configuração típica do caso e suas circunstâncias especiais”⁹⁴.

Com efeito, Alexy esclarece que a ponderação se faz através da aplicação do princípio da proporcionalidade, o qual se subdivide em três subprincípios: adequação, necessidade e

incêndio tiver soado, essas regras conduzem a juízos concretos de dever-ser contraditórios entre si. Esse conflito deve ser solucionado por meio da inclusão, na primeira regra, de uma cláusula de exceção para o caso do alarme de incêndio”. ALEXY, Robert. Teoria dos Direitos Fundamentais. Trad. Virgílio Afonso da Silva. 2 Ed. São Paulo: Editora Malheiros, 2014, p. 92.

⁹¹ ALEXY, Robert. A colisão de direitos fundamentais e a realização de direitos fundamentais do Estado de Direito Democrático. Revista de Direito Administrativo, V. 217. Jul./Set. 1999. P. 74-75.

⁹² BRASIL. Decreto-Lei nº 4.657, de 04 de setembro de 1942. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del4657compilado.htm. Acesso em: 25/11/2017.

⁹³ ALEXY, Robert. Teoria dos Direitos Fundamentais. Trad. Virgílio Afonso da Silva. 2 Ed. São Paulo: Editora Malheiros, 2014, p. 93.

⁹⁴ ALEXY, Robert. Teoria dos Direitos Fundamentais. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros Editores, 2008, p. 93-101.

proporcionalidade em sentido estrito. A adequação consiste na análise dos meios empregados para se chegar ao resultado final desejado, a partir da sua idoneidade (intensidade da intervenção). A necessidade refere-se à verificação da existência ou não de um outro modo menos gravoso a um dos direitos fundamentais, de modo a inferir a importância das razões que justificam a decisão (relevância da intervenção). E, por fim, a proporcionalidade em sentido estrito, que diz respeito à lei da ponderação propriamente dita, na qual se busca definir, a partir da argumentação e da racionalidade, levando-se em consideração as condições fáticas e jurídicas, o princípio que apresenta maior peso e que deve, portanto, prevalecer no caso concreto⁹⁵.

Nesse sentido, a proporcionalidade encontra respaldo no direito brasileiro, especificamente no art. 5º, incisos XXXV e LIV, os quais asseguram o acesso à justiça e o devido processo legal, em consonância com os objetivos transformadores do projeto constitucional, devendo ser empregada racional e fundamentadamente, explicitando os argumentos que sustentam a decisão em sede de um conflito de princípios.

Deste modo, é possível inferir que a ponderação, realizada por meio do princípio da proporcionalidade, não é um recurso à arbitrariedade, devendo, ao contrário, ser instrumento de concretização dos direitos fundamentais, em sua maior medida possível, de acordo com as possibilidades de fato e de direito, de modo a cumprir o dever de otimização.

4.2 Internação psiquiátrica e colisão dos princípios fundamentais

As demandas por internações psiquiátricas dos dependentes químicos, além de se caracterizar como medida excepcional, em conformidade com os parâmetros legais de saúde mental que privilegiam as ações e os serviços extra-hospitalares, também lançam o debate em torno do possível conflito de princípios fundamentais, isto é, de um lado, o direito à vida e à saúde do paciente e, de outro, o direito à liberdade, nos casos em que a medida não é aceita por este.

Nas internações voluntárias, considerando a anuência do usuário pela utilização deste recurso terapêutico, constata-se que não se apresenta a tensão entre os direitos fundamentais

⁹⁵ ALEXY, Robert. A colisão de direitos fundamentais e a realização de direitos fundamentais do Estado de Direito Democrático. Revista de Direito Administrativo, V. 217. Jul./Set. 1999. P. 77-78.

acima mencionados, diante da ausência de um conflito fático, em razão da livre e expressa manifestação de vontade do titular.

Entretanto, em relação às outras modalidades de internação, a compulsória e a involuntária, fazem-se necessárias algumas considerações.

Conforme defendido nos tópicos anteriores, admite-se a internação compulsória apenas nas seguintes hipóteses legais: (I) Medida de Segurança; (II) Medida de Segurança Intercorrente; (III) Medida Socioeducativa; (IV) Medida de Proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente e (VI) Medida de Proteção de Idoso. Nesta esteira, asseverou-se que a internação compulsória não é instrumento de acesso à saúde, sendo que o seu emprego, em dissonância com a legislação, caracteriza-se como indevida privação de liberdade e/ou constrangimento ilegal. Por isso, não há que se falar em conflito de princípios quando a internação compulsória é determinada fora dos casos acima mencionados, uma vez que se trata de flagrante desrespeito às normas constitucionais e legais, o que não pode ser solucionado por meio da ponderação.

Entretanto, nas situações de internação compulsória, dentro destas hipóteses legais, o conflito de princípios pode surgir, especialmente nas hipóteses nas quais é cogitada como medida protetiva no âmbito do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Estatuto do Idoso, sendo necessário o recurso à ponderação e à proporcionalidade para a análise do seu cabimento, adequação e necessidade.

Outrossim, no tocante à internação involuntária, verifica-se com maior nitidez o conflito de princípios: de um lado, o direito à vida e à saúde e, de outro, o direito à liberdade e autonomia da vontade. Em defesa do direito à vida e à saúde apresentam-se, em síntese, como argumentos: (I) a necessidade de assegurar a integridade física e psíquica do paciente que coloca em risco a sua própria vida e saúde, bem como a de terceiros, com o consumo excessivo de substâncias entorpecentes, muitas vezes associado a comportamentos agressivos e outros fatores de vulnerabilidade social, como situação de rua, abandono de emprego, perda de vínculos familiares, cometimento de atos criminosos; (II) a incapacidade do paciente de manifestar a própria vontade, em razão do discernimento reduzido pelo uso de entorpecentes; (III) o dever do Estado de proteção à vida e à saúde dos indivíduos e da coletividade, fornecendo tratamento adequado aos casos graves e crônicos de dependência química; (IV) a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, consagrada na Carta Fundamental e considerada como condição essencial para a fruição de outros direitos fundamentais, bem como para a existência com dignidade.

Em contraposição, para sustentação do direito à liberdade e à autonomia da vontade, levantam-se, em resumo, as seguintes justificativas: (I) indevida privação de liberdade, a partir do isolamento social do paciente por meio de uma medida grave que contraria as disposições legais vigentes, que expressam a prevalência dos meios extra-hospitalares; (II) ação arbitrária do Estado, que ofende a liberdade de ir e vir, interferindo na autonomia de vontade do cidadão e comprometendo a sua capacidade de autodeterminação; (III) ineficácia da medida de internação para o tratamento do dependente químico, com agravamento do problema e promoção da exclusão social, além do caráter “higienista” da medida; (IV) possibilidade de tratamento extra-hospitalar com posterior reinserção social do indivíduo.

Diante disso, constatado o choque principiológico, faz-se necessária a aplicação da teoria da ponderação, com base no princípio da proporcionalidade, buscando verificar, em cada caso concreto, a adequação, necessidade e proporcionalidade/sopesamento (em sentido estrito). Ou seja, é preciso examinar se a internação compreende o meio eficaz para tratamento do dependente químico, respeitando os seus direitos fundamentais (adequação); se não há outra forma menos gravosa de solucionar a questão, de modo a concretizar o direito em sua maior medida possível (necessidade); se o princípio que fundamenta o recurso possui maior peso e relevância em relação aos demais, devendo prevalecer (proporcionalidade/sopesamento).

Por derradeiro, não é possível prever qual dos princípios irá prevalecer, devendo ser avaliado cada caso concreto, levando-se em consideração as condições fáticas e jurídicas, de modo a determinar a medida mais adequada e eficaz para a solução da demanda. Assim, após esta análise desenvolvida a partir de critérios racionais e argumentativos, possibilita-se concluir pela constitucionalidade da aplicação da medida de internação, nas modalidades involuntária e compulsória, ressaltando que esta última, somente nas hipóteses autorizadas pela legislação.

5. ATUAÇÃO RESOLUTIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA DEFESA DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS DO DEPENDENTE QUÍMICO

A Constituição Federal de 1988 inseriu o Ministério Público no Título IV, intitulado “Da Organização dos Poderes”, em seção própria, dentro do capítulo denominado “Das Funções Essenciais à Justiça”, definindo-o, em seu artigo 127, como “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”.

Diante disso, o Ministério Público não se encontra adstrito aos demais Poderes do Estado, caracterizando-se como instituição essencial à implementação do projeto de democracia substantiva delineado pelo constituinte originário, que consiste na construção de uma sociedade livre, justa e solidária⁹⁶. Neste sentido, o objetivo institucional do referido órgão confunde-se com os objetivos da República, sintetizados no artigo 3º da Constituição: (I) construir uma sociedade livre, justa e solidária; (II) garantir o desenvolvimento nacional; (III) erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; (IV) promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Em outros termos, o Ministério Público apresenta relevante compromisso com a transformação da realidade social, a partir da efetivação do Estado Democrático de Direito e, por conseguinte, dos direitos e garantias fundamentais, tanto em âmbito individual quanto coletivo, em consonância com a nova *summa divisio* constitucionalizada, adotada a partir de 1988⁹⁷.

Com efeito, para o cumprimento desse objetivo constitucional estratégico, de caráter geral, que norteia não só a atividade ministerial, como de todas as instituições estatais, a sociedade civil e os próprios indivíduos, bem como de sua missão institucional de defesa da

⁹⁶ GOULART, Marcelo Pedroso. Elementos para o uma teoria geral do Ministério Público. Belo Horizonte: Arraes, 2013, p. 108.

⁹⁷ Conforme sustenta Gregório Assagra de Almeida: A *summa divisio* Direito Público e Direito Privado não foi recepcionada pela Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. A *summa divisio* constitucionalizada no País é Direito Coletivo e Direito Individual. O texto constitucional de 1988 rompeu com a *summa divisio* clássica ao dispor, no Capítulo I do Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais, sobre os Direitos e Deveres Individuais e Coletivos. Para o novo constitucionalismo democrático, os direitos e as garantias constitucionais fundamentais contêm valores que devem irradiar todo o sistema jurídico, de forma a constituírem a sua essência e a base que vincula e orienta a atuação do legislador constitucional, do legislador infraconstitucional, do administrador, da função jurisdicional e até mesmo do particular. A partir dessas premissas, no contexto do sistema jurídico brasileiro, a dicotomia Direito Público e Direito Privado não mais se sustenta. Outros argumentos de fundamentação tanto no viés constitucional quanto no aspecto teórico dão embasamento a essa assertiva. ALMEIDA, Gregório Assagra. O Ministério Público no Neoconstitucionalismo: perfil constitucional e alguns fatores de ampliação de sua legitimação social. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/10/docs/o_mp_no_neoconstitucionalismo1.pdf. Acesso em: 20/09/2017.

ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses individuais e coletivos, o Ministério Público precisa ir além da mera atuação jurisdicional, assumindo postura resolutiva no desempenho de suas atribuições, de modo a agir como verdadeiro agente político⁹⁸ e como canal fundamental de acesso à justiça⁹⁹, especialmente para aquela parcela da população mais carente e necessitada, a exemplo dos usuários de álcool e drogas.

Nesta esteira, afirma Marcelo Goulart¹⁰⁰:

Integrado à sociedade civil, o Ministério Público, nos limites de suas atribuições, deve participar efetivamente do ‘processo democrático’, alinhando-se com os demais órgãos do movimento social comprometidos com a concretização dos direitos já previstos e a positivação de situações novas que permitam o resgate da cidadania para a maioria excluída desse processo, numa prática transformadora orientada no sentido da construção da nova ordem, da nova hegemonia, do ‘projeto democrático’.

Assim, neste capítulo, será tratada a mudança de paradigma do Ministério Público, isto é, a superação de um modelo demandista por um modelo resolutivo e, em seguida, será analisada a atuação resolutiva do Ministério Público, sobretudo no âmbito extrajudicial, para a defesa dos direitos das pessoas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e drogas, frente à crescente procura por internações psiquiátricas.

5.1 Mudança de paradigma: de um Ministério Público demandista para um Ministério Público resolutivo

Na nova ordem constitucional, foi reservado papel fundamental ao Ministério Público, enquanto instituição permanente de acesso à ordem jurídica justa, por meio da luta pela concretização dos direitos e garantias fundamentais, em nível individual e coletivo, em consonância com o compromisso democrático de transformação da realidade social delineado na Carta da República.

Neste cenário, o Ministério Público caracteriza-se como verdadeiro agente político canalizador das demandas sociais, e seus membros definem-se como trabalhadores sociais

⁹⁸ GOULART, Marcelo Pedrosa. Elementos para uma teoria geral do Ministério Público. Belo Horizonte: Arraes, 2013, p. 127.

⁹⁹ ALMEIDA, Gregório Assagra. O Ministério Público no Neoconstitucionalismo: perfil constitucional e alguns fatores de ampliação de sua legitimação social. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/10/docs/o_mp_no_neoconstitucionalismo1.pdf. Acesso em: 20/09/2017.

¹⁰⁰ GOULART, Marcelo Pedrosa. Ministério Público e democracia – teoria e prática. São Paulo: Editora de Direito, 1998, p. 96.

vinculados ao propósito de resgate da cidadania, aprofundamento da democracia e solução dos conflitos, a partir da recontextualização do direito posto pela nova visão de mundo e pelo novo projeto constitucional de cunho transformador¹⁰¹.

Entretanto, para o cumprimento de suas finalidades, é imprescindível a adoção de uma postura efetiva e correspondente à altura das atribuições conferidas, sob pena de culminar em fracasso da própria missão institucional. Diante disso, dentro do novo perfil constitucional, Marcelo Goulart destaca a existência de dois modelos distintos de Ministério Público: o demandista e o resolutivo.

No primeiro modelo (demandista), o Ministério Público tem como horizonte a atuação jurisdicional, ou seja, consiste em mero agente processual, que se limita ao ajuizamento de ações, à intervenção como *custus legis*, à instauração de procedimentos administrativos e inquéritos civis destinados à colheita de elementos para embasamento de futuras pretensões jurisdicionais, transferindo, portanto, ao Poder Judiciário, via ação, em especial a ação civil pública, as questões que lhe são apresentadas pela sociedade. E o resultado deste arquétipo ainda prevalecente é desastroso, pois o Judiciário, em regra, não responde adequadamente às demandas, sobretudo aquelas que envolvem direitos/interesses difusos e coletivos, comprometendo a efetivação das normas constitucionais¹⁰².

Com efeito, em contraposição a este modelo anacrônico e em processo de superação, apresenta-se o Ministério Público resolutivo, em fase de construção. Neste novo paradigma, que deve levar às últimas consequências o princípio da autonomia funcional, o *Parquet* não pode ficar dependente das decisões judiciais, devendo atuar de forma direta nas questões referentes aos interesses sociais, coletivos, difusos e individuais homogêneos, lançando mão de todos os recursos extrajudiciais (políticos e administrativos) à sua disposição para a resolução dos casos e concretização dos direitos fundamentais¹⁰³.

No mesmo sentido, Gregório Assagra de Almeida salienta a importância da atuação extrajudicial, com o emprego de instrumentos como o inquérito civil, o termo de ajustamento de conduta, as recomendações, as audiências públicas, entre outros, para a proteção e efetivação dos direitos e interesses fundamentais, advertindo que a transferência para o Poder

¹⁰¹ GOULART, Marcelo Pedrosa. Ministério Público e democracia – teoria e prática. São Paulo: Editoria de Direito, 1998, p. 96.

¹⁰² GOULART, Marcelo Pedrosa. Ministério Público e democracia – teoria e prática. São Paulo: Editoria de Direito, 1998, p. 119.

¹⁰³ GOULART, Marcelo Pedrosa. Ministério Público e democracia – teoria e prática. São Paulo: Editoria de Direito, 1998, pp. 120-121.

Judiciário, por meio da judicialização, não tem se mostrado eficaz, pois, em muitos casos, este não tem atuado na forma e no rigor esperados pela sociedade¹⁰⁴.

E, ainda, complementa Marcelo Goulart¹⁰⁵ que, para atuar de forma resolutiva, o Ministério Público deve:

Transformar-se em efetivo agente político, superando a perspectiva meramente processual da sua atuação; atuar integralmente e em rede, nos mais diversos níveis – local, regional, estatal, comunitário e global –, ocupando novos espaços e habilitando-se como negociador e formulador de políticas públicas; transnacionalizar sua atuação, buscando parceiros no mundo globalizado, pois a luta pela hegemonia (a guerra de posição) está sendo travada no âmbito da sociedade civil planetária; buscar a solução judicial depois de esgotadas todas as possibilidades políticas e administrativas e resolução das questões que lhe são postas (ter o Judiciário como espaço excepcional de atuação).

Portanto, o Ministério Público resolutivo é o canal fundamental para o acesso da sociedade, especialmente a camada menos favorecida, a uma ordem jurídica justa, de tutela efetiva dos direitos e garantias fundamentais.

Nesta sintonia, insta destacar que a mudança de paradigma de atuação ministerial foi objeto de amplos debates pela Corregedoria Nacional do Ministério Público, em conjunto com as Corregedorias-Gerais dos Estados e da União, culminando na adoção da Carta de Brasília, em 22 de setembro de 2016, a qual trouxe importantes diretrizes para a modernização do controle da atividade extrajudicial pelas Corregedorias, bem como para o fomento à atuação resolutiva do Ministério Público Brasileiro, conforme trechos do documento¹⁰⁶:

[...] CONSIDERANDO que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (arts. 127 e 129) consagrou dois modelos de Ministério Público, o que atua perante o Judiciário, objetivando geralmente a tutela por adjudicação e o que atua extrajudicialmente como intermediador da pacificação social, visando normalmente à resolução consensual dos conflitos, controvérsias e problemas;
CONSIDERANDO que se faz necessária uma revisão da atuação jurisdicional do Ministério Público, de modo a buscar a proatividade e a resolutividade da Instituição e, ao mesmo tempo, evitar a propositura de

¹⁰⁴ ALMEIDA, Gregório Assagra. O Ministério Público no Neoconstitucionalismo: perfil constitucional e alguns fatores de ampliação de sua legitimação social. P. 13. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/porta/web/hp/10/docs/o_mp_no_neoconstitucionalismo1.pdf. Acesso em: 20/09/2017.

¹⁰⁵ GOULART, Marcelo Pedrosa. Ministério Público e democracia – teoria e práxis. São Paulo: Editora de Direito, 1998, p. 122.

¹⁰⁶ CORREGEDORIA-GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. Carta de Brasília. 22 de setembro de 2016. Disponível em: <http://www.cnmp.mp.br/porta/institucional/corregedoria/carta-de-brasilia>. Acesso em: 21/09/2017.

demandas judiciais em relação às quais a resolução extrajudicial é a mais indicada;

CONSIDERANDO que é imprescindível a priorização do modelo de Ministério Público de atuação extrajudicial para a efetividade da função resolutiva, principalmente tendo em vista que o Judiciário está sobrecarregado, com aproximadamente 110 milhões de processos em tramitação;

[...]

SÃO ESTABELECIDAS AS SEGUINTE DIRETRIZES:

[...]

a) Desenvolvimento de uma nova teoria do Ministério Público, embasada nos direitos e nas garantias constitucionais fundamentais, que possa produzir práticas institucionais que contribuam para a transformação da realidade social;

b) Concepção do Planejamento Estratégico como garantidor da Unidade do Ministério Público;

c) Estabelecimento de Planos, Programas e Projetos que definam, com a participação da sociedade civil, metas claras, precisas, pautadas com compromisso de efetividade de atuação institucional em áreas prioritárias de atuação, valorizando aquelas que busquem a concretização dos objetivos fundamentais da República e dos direitos fundamentais (art. 3º da CR/1988);

d) Implementação de indicadores aptos a mensurar o cumprimento das metas e a resolutividade das demandas combinadas com atuação pautada em diagnóstico prévio das carências e necessidades da sociedade;

e) Criação de mecanismos que possibilitem a atuação prioritária do agente político do Ministério Público, em consonância com as metas apontadas no Planejamento Estratégico, nos Planos de Atuação e nos Projetos Executivos;

f) Distribuição e redistribuição das atribuições, de modo a potencializar e a tornar mais efetivas as atividades extrajudiciais do Ministério Público.

[...]

Assim, dias após a aprovação da Carta de Brasília, em consonância com as diretrizes consagradas nesse documento, a Corregedoria-Geral do Ministério Público do Estado de Minas aprovou o seu novo Regimento Interno¹⁰⁷, dispondo em seu artigo 204 que, nas atividades avaliativas dos membros, deve ser superada a priorização da atuação judicial, considerando a totalidade dos mecanismos de atuação extrajudicial:

Art. 204. A Corregedoria-Geral do Ministério Público desenvolverá sistema de avaliação que leve em conta objetivos, metas e indicadores direcionados à análise da eficácia social da atuação dos membros e da Instituição.

[...]

§ 5º As atividades de avaliação e orientação da Corregedoria-Geral deverão fomentar as boas práticas e a efetividade da atuação dos órgãos do Ministério Público como agentes políticos.

§ 6º A Corregedoria-Geral deverá superar, nas suas atividades avaliativas, o critério de priorização da atuação judicial, assim como ir além da mera fiscalização ao cumprimento dos prazos procedimentais.

¹⁰⁷ CORREGEDORIA-GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. Regimento Interno da Corregedoria-Geral do Ministério Público. 28 de setembro de 2016. Disponível em: <http://intranet.mpmg.mp.br/intranetmpmg/institucional/corregedoria-geral>. Acesso em: 25/09/2017.

§ 7º A avaliação da atividade-fim deverá considerar a totalidade dos mecanismos de atuação extrajudicial, inclusive a realização de audiências públicas e a adoção de medidas de inserção social, como palestras e reuniões, além da atuação por intermédio de Projetos Sociais.

§ 8º Deverá ser aferida, nas atividades de avaliação, a utilização eficiente de mecanismos de resolução consensual e a priorização dos mecanismos de resolução extrajudicial dos conflitos, controvérsias e problemas.

E, ainda, consolidando este entendimento e já seguindo as orientações da Carta de Brasília, ressalta-se o recente Ato nº 3, de 3 de março de 2017, da Corregedoria-Geral do Ministério Público de Minas Gerais, o qual trouxe novos parâmetros e métodos avaliativos, baseados em uma atuação ministerial resolutiva, a serem aplicados nas correições ordinárias, apontando, deste modo, para a superação do modelo demandista e a sua substituição pelo resolutivo¹⁰⁸.

Deste modo, a partir desta nova ótica de atuação ministerial, insere-se a questão das internações psiquiátricas nos casos de dependência química, ou seja, como o Ministério Público deve atuar nestes casos, principalmente diante da crescente demanda por este tipo de medida, a partir das premissas de atuação resolutiva e de efetivação dos direitos fundamentais dos dependentes químicos.

5.2 Atuação ministerial resolutiva diante da crescente demanda por internações psiquiátricas nos casos de dependência química

O aumento do consumo de drogas lícitas e ilícitas no país, associado ao agravamento dos casos de dependência química, tem gerado profundos debates, nos mais diferentes seguimentos sociais, sobre as políticas públicas e as formas mais adequadas de enfrentamento do problema, em consonância com os princípios constitucionais, em especial a dignidade da pessoa humana.

Neste contexto, a Política da Saúde Mental instituída a partir das novas diretrizes firmadas pelas reformas sanitária e psiquiátrica estabelece uma série de ações e serviços, em diversos níveis de complexidade, com o objetivo de proporcionar atenção integral e efetiva à pessoa portadora de sofrimento ou transtorno mental decorrente do uso de álcool e outras drogas, com prevalência dos recursos extra-hospitalares, dentre os quais se destaca o CAPS, em suas diferentes modalidades.

¹⁰⁸ CORREGEDORIA-GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Ato CGMP nº 3, de 03 de março de 2017. Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A91CFA95C77453B015C79801F8A40B5>. Acesso em: 22/09/2017.

Entretanto, não obstante a previsão dessa complexa rede de atenção psicossocial e variados serviços em nível ambulatorial, tem crescido, consideravelmente, a demanda por internações psiquiátricas nas hipóteses de uso abusivo de álcool e drogas, que são diariamente apresentadas ao Ministério Público, exigindo uma análise cuidadosa dos casos, tendo em vista o caráter extremo da medida, cuja aplicação abusiva pode significar graves violações aos direitos humanos, como a dignidade e a liberdade, além de favorecer a exclusão social dessas pessoas, sob o argumento de proteção à vida e à saúde.

Conforme estudo realizado por Ângelo Mazzuchi, as seguintes situações são algumas das frequentemente levadas ao Ministério Público pelo usuário do SUS, seus familiares e/ou profissionais da rede, como hipóteses justificadoras dos pedidos de internação psiquiátrica dos dependentes químicos: (I) recusa do paciente em ir até o serviço de saúde; (II) negativa do paciente já avaliado em ir até o hospital psiquiátrico; (III) negativa do hospital psiquiátrico em aceitar paciente que não deseja a internação; e (IV) indisponibilidade de vaga em hospital psiquiátrico pelo gestor de saúde competente ¹⁰⁹.

Contudo, cada uma das situações descritas deve ser avaliada com cautela, de modo a verificar quais as medidas adequadas e quais os recursos disponíveis para a solução do conflito, sobretudo no âmbito extrajudicial e de maneira articulada com os demais pontos da rede de atenção psicossocial e da comunidade na qual o paciente encontra-se inserido.

Neste sentido, podem ser utilizadas diversas estratégias extrajudiciais pelo órgão ministerial, em consonância com novo paradigma institucional resolutivo, possibilitando a resolução efetiva e democrática do conflito.

Em relação à recusa do paciente de comparecer à unidade de saúde para avaliação inicial e definição do tratamento, pode ser requisitado que as equipes de atenção básica realizem uma abordagem do paciente no local em que este se encontre. As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou do serviço dos “consultórios de rua”, por exemplo, possuem condições de acesso a esses usuários, inclusive aqueles em situação de rua, podendo identificar suas necessidades, ofertando ações e cuidados de saúde, bem como possibilitando seu encaminhamento aos demais pontos da rede, conforme as particularidades de cada caso.

No tocante à negativa do paciente já avaliado em iniciar o tratamento hospitalar, conforme indicação médica, verificada em relatório circunstanciado que esclareça a imprescindibilidade da medida, diante da ineficácia dos recursos ambulatoriais, o Parquet

¹⁰⁹ FERREIRA, Ângelo Mazzuchi Santana. O Ministério Público diante da procura pelas internações psiquiátricas. Disponível em: http://www.mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semear/Materiais_de_Apoio/Doutrina/Artigo_O_MINISTERIO_PUBLICO_DIANTE_DA_PROCURA_POR_INTERN.pdf. Acesso em: 16/09/2017.

pode atuar como agente de integração da rede, articulando com demais serviços e instituições, como o SAMU e a Polícia Militar, para a contenção e medicação, em caso de necessidade, com o devido encaminhamento do paciente à unidade hospitalar.

Outrossim, nos casos de recusa do hospital em receber o paciente que não deseja a internação, não obstante o cumprimento das exigências legais, dispõe o Ministério Público de recursos como: realização de reuniões, elaboração de recomendações, orientação, entre outros.

Ademais, na hipótese de recusa do gestor do SUS em disponibilizar vaga para a internação do paciente usuário de drogas, mesmo após o esgotamento das medidas extra-hospitalares, cabe ao Ministério Público a expedição de ofício ao gestor de saúde, municipal e/ou estadual, de acordo com pacto de gestão local, requisitando a liberação de leito hospitalar. Entretanto, caso não seja atendida a requisição ministerial e esgotadas as ações em nível político-administrativo, não restaria alternativa senão o ajuizamento da demanda, em face do Poder Público, para a obrigação de fazer de disponibilização de vaga para internação psiquiátrica, seja ela voluntária (com o consentimento expresso do paciente) ou involuntária (sem a concordância do paciente, a pedido de um terceiro, que pode ser tanto familiar como profissional de saúde – Lei nº 10.216/2001).

Nesse momento, deve-se esclarecer que o pedido judicial refere-se a uma obrigação de fazer (disponibilizar o leito) e não à ação ordinária de internação compulsória, a qual, conforme pontuado anteriormente, só é cabível nas hipóteses admitidas pela legislação, ou seja, nos casos de (I) Medida de Segurança (Código Penal e Código de Processo Penal); (II) Medida de Segurança Intercorrente (Lei de Execuções Penais); (III) Medida Socioeducativa (art. 112, VII, cumulada com o artigo 101, V, do Estatuto da Criança e do Adolescente); (IV) Medida de Proteção (art. 101, inciso V, do Estatuto da Criança e do Adolescente); e (VI) Medida de Proteção de Idoso (Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003, nos arts. 43 e 45, inciso III).

Neste diapasão, deve-se reiterar que a medida de internação possui caráter excepcional e o ajuizamento de ação, pelo Ministério Público, somente é possível em casos específicos, como *ultima ratio*, para a garantia dos direitos fundamentais do dependente químico, após o esgotamento das intervenções extra-hospitalares e mediante relatório médico circunstanciado demonstrando a necessidade deste mecanismo de tratamento.

Com efeito, para além das intervenções nos casos pontuais supramencionados, o Ministério Público, como instituição vocacionada para a defesa dos direitos individuais e

coletivos, dentre eles a defesa da saúde, tem o dever de exigir dos Poderes Públicos a devida implementação da rede de atenção psicossocial, em todos os seus níveis (atenção básica, secundária e terciária), conforme previsto nas políticas públicas citadas, mobilizando a sociedade civil para participação no debate e possibilitando a concretização do projeto constitucional.

Cabe ainda ao Ministério Público a utilização de instrumentos adequados para atender as reais necessidades dos dependentes químicos e de seus familiares, se valendo de uma atuação preventiva no meio social e junto às famílias para evitar que ocorra a dependência geradora de problemas e riscos para as pessoas nesta situação de degradação humana.

Uma atuação efetiva deve ser intersetorial e em rede, abrangendo: a prevenção, (orientação; palestras em escolas; mapeamento dos locais de maior incidência no consumo de drogas; elaboração de cartilhas educativas e articulação com as equipes de saúde e assistência social), a recuperação (garantindo o aperfeiçoamento e efetividade dos serviços socioassistenciais e especializados aos dependentes e às famílias, garantindo acesso aos tratamentos dos Centros de Atenção Psicossocial) e a repressão ao tráfico de drogas com o apoio da sociedade (estimular denúncias, buscar dados junto às autoridades policiais quanto aos locais de apreensões de drogas nos municípios com o fim de se planejar estratégias adequadas).

Para a concretização deste trabalho em rede, o membro do Ministério Público pode se valer da instauração de Procedimento para Implementação e Promoção de Projeto Social – PROPS, que tem previsão na Resolução Conjunta PGJ CGMP nº 3, de 31 de março de 2011¹¹⁰:

[...] CAPÍTULO I

DOS REQUISITOS DO PROJETO SOCIAL

Art. 1º O Projeto Social objetiva, por meio de um conjunto integrado de atividades e da articulação interinstitucional, transformar uma parcela da realidade, reduzindo, eliminando ou solucionando um problema e/ou promovendo a tutela dos direitos ou interesses tuteláveis pelo Ministério Público, nos termos da Constituição da República Federativa do Brasil e da legislação aplicável.

Parágrafo único. O membro do Ministério Público poderá atuar como coordenador do Projeto Social ou parceiro de instituição pública ou privada sem fins lucrativos e que tenha entre seus objetivos estatutários a promoção

¹¹⁰ PROCURADORIA GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. CORREGEDORIA GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE ESTADO DE MINAS GERAIS. Resolução Conjunta PGJ/CGMP nº 3, de 31 de março de 2011. Disponível em: <http://www-antigo.mpmg.mp.br/portal/public/interno/arquivo/id/26410>. Acesso em: 18/11/2017.

de direitos ou interesses difusos, coletivos, individuais homogêneos e individuais indisponíveis.

[...]

CAPÍTULO VII DAS RECOMENDAÇÕES

Art. 14. O Ministério Público poderá, nos autos do PROPS, expedir recomendações devidamente fundamentadas, visando à melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, bem como aos demais interesses, direitos e bens cuja defesa lhe caiba promover.

Assim, enfatizando o respeito à autonomia do dependente químico e pautando-se no caráter excepcional das internações psiquiátricas, é importante que o Ministério Público, de acordo com a realidade social apresentada, busque uma atuação criativa, assumindo uma postura verdadeiramente resolutiva. Neste sentido, além da possibilidade de utilização do PROPS, a instituição vem mostrando essas preocupações, inclusive ao traçar o seu plano geral de atuação.

Merece destaque o Plano Geral de Atuação Finalístico 2016-2017¹¹¹, que trata do fomento à implementação e/ou fortalecimento regional da Rede de Atenção Psicossocial, com atuação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Saúde (CAOSAÚDE) e Centro de Apoio Operacional dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes (CAODCA), nos seguintes aspectos:

[...]

Assim, o projeto promoverá o fortalecimento de uma atuação integrada, solidária, operacional e resolutiva dos órgãos de execução, com atribuições na Defesa da Saúde e na Defesa da Infância e da Juventude na Política de Atenção Psicossocial, assegurando o efetivo acesso humanizado dos usuários do SUS, em tempo e modo, às ações e serviços de saúde da Política de Saúde Mental, com indução para atuação coletiva que vise ao planejamento regional e organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) pelos órgãos do Sistema de Saúde.

Mencionado Plano de Atuação prevê um cronograma em que foram traçadas metas para cumprimento nos anos de 2016 e 2017. Dentre as ações destacam-se: a realização de coletas de indicadores junto à Coordenação Estadual de Saúde Mental da SES-MG, com

¹¹¹ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Plano Geral de Atuação Finalístico: 2016-2017 - Caderno I - Plano / Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Disponível em https://transparencia.mpmg.mp.br/arquivo/planejamento_estrategico/dados_gerais_de_acompanhamento/pga_finalistico/PGA-Finalistico-2016-2017-Caderno-II-Metodologia.pdf. Acesso em: 21/11/2017. pp. 29-32.

identificação do quantitativo/local de CAPS AD III, com identificação do município-referência e de quantitativo local de Comunidades Terapêuticas; busca de informações quanto ao quantitativo/local de leitos habilitados para o Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em cada uma das Micro/Macrorregiões de Saúde e, ainda, a realização de Seminário com as Comunidades Terapêuticas e Sistema de Saúde (fiscalização, credenciamento, atuação complementar na Rede de Atenção à Saúde Mental) e participação dos promotores de Justiça de Defesa da Saúde e da Infância e Juventude¹¹².

Percebe-se um empenho do Ministério Público de Minas Gerais para a melhoria e cumprimento das políticas públicas de saúde mental dos Estados e dos Municípios, o que demonstra uma postura resolutiva da instituição na busca da efetivação dos direitos dos dependentes químicos.

Destarte, a atuação do Ministério Público diante da crescente demanda por internações psiquiátricas, em sintonia com o perfil resolutivo, deve primar pelo emprego de todos os recursos extrajudiciais disponíveis, recorrendo à esfera judicial somente de modo residual. Em outras palavras, o Ministério Público, no tocante à problemática apresentada, deve atuar como mediador na saúde e como agente de integração entre o usuário, o família, o Poder Público e a comunidade, de modo a promover a atenção adequada em termos de saúde e a reinserção social do dependente químico, levando-se em consideração seus direitos fundamentais, sobretudo a dignidade.

¹¹² Conforme contato realizado com a gerente do Projeto, Marineide Chaves Andrade, no dia 24/11/2017, obteve-se a informação de que o projeto sofreu uma pausa na execução das atividades por falta de recursos e investimentos do Estado no repasse aos Municípios de verbas para fomento aos CAPS AD, não sendo possível o cumprimento do cronograma previsto no Plano Geral de Atuação Finalístico. Ainda, segundo informações, o coordenador do Projeto e também do CAOSAÚDE, Dr. Gilmar de Assis, iria realizar reuniões e tratativas no mês de dezembro de 2017 para a tentativa de retomada do projeto visando ao cumprimento das metas propostas.

5 CONCLUSÃO

O aumento do consumo de drogas, em escala nacional e mundial, tem imposto complexos e crescentes desafios ao Poder Público, à sociedade em geral e ao Ministério Público, na busca de estratégias adequadas para enfrentamento do problema, a partir de uma perspectiva resolutiva, alinhada às diretrizes constitucionais e à garantia dos direitos fundamentais da pessoa com sofrimento ou transtorno mental associado ao uso de substâncias psicoativas.

Neste sentido, a rede de atenção psicossocial estruturada após as reformas sanitária e psiquiátrica, sob o pilar do tratamento integral e humanizado dos usuários, com a prevalência de medidas extra-hospitalares, com destaque para o papel desempenhado pela atenção básica e secundária (CAPS), encontra-se em processo de construção, existindo um longo caminho a ser percorrido até a sua efetiva implementação.

Com efeito, diante da prematuridade da rede de atendimento aos pacientes de saúde mental, especialmente, aqueles usuários de drogas, associada à ausência de processos terapêuticos eficazes, de medicamentos específicos e da insuficiência de leitos hospitalares para internação psiquiátrica, tem-se observado uma significativa procura do Ministério Público, pelos próprios pacientes, familiares e/ou profissionais da rede, na tentativa de obtenção de provimento jurisdicional consistente na determinação de internação, nas modalidades: voluntária, involuntária e compulsória.

Contudo, conforme exposto no presente estudo, a internação compulsória, por se tratar de medida excepcional admissível apenas nas hipóteses de medida de segurança prevista na lei penal e de execução penal, de medida socioeducativa e de proteção embasadas no Estatuto da Criança e do Adolescente, e de medida de proteção a idoso disposta no Estatuto do Idoso, não se constitui como mecanismo de acesso à saúde, por ofensa aos direitos fundamentais das pessoas, sobretudo o direito à dignidade e à liberdade. Nesta esteira, fora dessas hipóteses de cabimento, não há que se falar em conflito de princípios, ficando caracterizada a inconstitucionalidade da medida de internação compulsória. Por outro lado, nos casos de internação compulsória dentro das hipóteses legais, assim como nos casos de internação involuntária, faz-se necessária a aplicação da ponderação e do princípio da proporcionalidade, de modo a verificar a adequação, necessidade e proporcionalidade (em sentido estrito) da medida. Da mesma forma, vale ressaltar que na hipótese da internação arbitrária e contrária

aos requisitos legais, por cuidar-se de restrição ao direito de liberdade, é cabível a impetração de *habeas corpus*, inclusive pelo Ministério Público.

Outrossim, no tocante às demandas por internações voluntárias e involuntárias levadas ao Ministério Público, deve o órgão ministerial analisá-las com cautela, verificando os motivos que sustentam esses pedidos, os quais, na maior parte dos casos, referem-se a problemas na rede de atenção básica e secundária, que podem e devem ser solucionados por mecanismos extrajudiciais, como, por exemplo, a contrarreferência do paciente em tratamento na rede, instauração de procedimentos administrativos e inquéritos civis, expedição de ofícios e recomendações, realização de reuniões, audiências públicas, termos de ajustamento de conduta, entre outros.

Além disso, deve-se buscar uma atuação conjunta com equipes multidisciplinares do município, almejando medidas de inserção social nas áreas de saúde e assistência social e de segurança pública, promovendo cursos, palestras, reuniões, elaboração de cartilhas educativas, mapeamento dos locais de maior incidência no consumo de drogas e trabalhos preventivos junto à sociedade e às famílias. Do mesmo modo, o apoio, a fiscalização e a orientação às entidades de tratamento voluntário de dependentes químicos também são fatores de legitimação da atuação resolutiva do Ministério Público.

A utilização pelo *Parquet* de instrumentos adequados, com uma atuação preventiva no meio social, deve ser buscada de forma efetiva, realizando um trabalho em rede e, para tanto, o membro pode valer-se, inclusive, da instauração de Procedimento para Implementação e Promoção de Projeto Social – PROPS.

Nesta esteira, compete ao Ministério Público atuar como agente integrador e mediador, buscando identificar as deficiências da rede de atenção, construindo soluções, em conjunto com o Poder Público e a sociedade, com base do diálogo efetivo, de modo a possibilitar a concretização das políticas públicas de saúde mental e de materialização do projeto constitucional de transformação da realidade social.

Deste modo, deve-se superar a visão anacrônica de um Ministério Público demandista, limitado à atuação jurisdicional, seja como autor de demandas ou como *custus legis*, em uma lógica de transferência ao Poder Judiciário que não tem se mostrado efetiva para a solução das demandas envolvendo direitos/interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos.

Por conseguinte, o Ministério Público deve empregar todos os recursos e estratégias extrajudiciais para a garantia do acesso integral à saúde do dependente químico, lançando mão de providências judiciais apenas em caráter residual, isto é, somente depois do

esgotamento ou insuficiência das medidas político-administrativas, em sintonia com o novo paradigma da atuação resolutiva.

REFERÊNCIAS

ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. “I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva”. Rio de Janeiro, 1986.

ALEXY, Robert. A colisão de direitos fundamentais e a realização de direitos fundamentais do Estado de Direito Democrático. *Revista de Direito Administrativo*, V. 217. Jul./Set. 1999.

ALEXY, Robert. *Teoria dos Direitos Fundamentais*. Trad. Virgílio Afonso da Silva. 2 Ed. São Paulo: Editora Malheiros, 2014.

ALMEIDA, Gregório Assagra de. *Direito material coletivo: superação da summa divisio direito público e direito privado por uma nova summa divisio constitucionalizada*. Belo Horizonte: Del Rey, 2008, p. 135.

ALMEIDA, Gregório Assagra. “O Ministério Público no Neoconstitucionalismo: perfil constitucional e alguns fatores de ampliação de sua legitimação social”. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/10/docs/o_mp_no_neoconstitucionalismo1.pdf. Acesso em: 20/09/2017.

ALMEIDA, Gregório Assagra de. *Temas Atuais do Ministério Público*. 6ª ed. Salvador: Juspodium, 2016, pp.55-120.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. “Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado”. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José de Carvalho; CARVALHO, Antônio Ivo. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2008, pp. 635-641.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS. “Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995”. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=828. Acesso em: 10/09/2017.

BARROSO, Luiz Roberto. “Neoconstitucionalismo e Constitucionalização do Direito: o triunfo tardio do direito constitucional no Brasil”. *Quaestio Iuris*. Vol. 02, nº 01. Rio de Janeiro. 2006. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/11641/9106>. Acesso em: 02/09/2017.

BIBLIOTECA NACIONAL. “Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841”. Disponível em: <HTTPS://www.linux.an.gov.br/mapa/?p=9300>. Acesso em: 10/09/2017.

BOARINI, Maria Lúcia; MACHADO, Letícia Vier. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia da redução de danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2013, 33 (3), pp. 580 a 595.

BRASIL. “Constituição da República Federativa do Brasil de 1988”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 05/09/2017.

BRASIL. “Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992”. Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 06/09/2017.

BRASIL. “Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm. Acesso em: 14/09/2017..

BRASIL. “Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm. Acesso em: 12/09/2017.

BRASIL. “Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm. Acesso em: 12/09/2017.

BRASIL. “Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 05/09/2017.

BRASIL. “Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 10/09/2017.

BRASIL. “Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 11/09/2017.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf. Acesso em: 11/09/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. “Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil - Legislação Compilada”. Brasília: Ed. MS, 2007.

BRASIL. “Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil”. 16 de julho de 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 03/09/2017.

CAPEZ, Fernando. “Drogas: Internação Compulsória e Educação”. Disponível em < http://capez.taisei.com.br/capezfinal/index.php?secao=27&con_id=5921 > Publicado com exclusividade no jornal Folha de S. Paulo. Acesso em: 2/02/2017.

COSTA, Augusto César de Faria. Direto, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, Direito Sanitário e Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, vol. I, pp. 143-188.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. “Crack: doenças relacionadas e formas de tratamento”. Observatório do Crack. 2015. Disponível em: [http://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/Observatorio%20do%20Crack%20-%20Doen%C3%A7as%20relacionadas%20e%20formas%20de%20tratamento%20\(2015\).pdf](http://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/Observatorio%20do%20Crack%20-%20Doen%C3%A7as%20relacionadas%20e%20formas%20de%20tratamento%20(2015).pdf) Acesso em: 13/09/2017.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. “I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça”. 15 de maio de 2014. Disponível em:

http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENARIA_15_5_14_r.pdf. Acesso em: 16/09/2017.

CORREGEDORIA-GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. “Carta de Brasília”. 22 de setembro de 2016. Disponível em: <http://www.cnmp.mp.br/portal/institucional/corregedoria/carta-de-brasilia>. Acesso em: 21/09/2017.

CORREGEDORIA-GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. “Ato CGMP nº 3, de 3 de março de 2017”. Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A91CFA95C77453B015C79801F8A40B5>. Acesso em: 22/09/2017.

CORREGEDORIA-GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. “Regimento Interno da Corregedoria-Geral do Ministério Público”. 28 de setembro de 2016. Disponível em: <http://intranet.mpmg.mp.br/intranetmpmg/institucional/corregedoria-geral>. Acesso em: 25/09/2017.

DALLARI, Sueli Gandolfi. “A Construção do Direito à Saúde no Brasil”. São Paulo: Revista de Direito Sanitário, v. 9, nº 3, novembro de 2008/fevereiro de 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128/14932>. Acesso em: 03/09/2017.

ESTADÃO. “Pesquisa revela que população da Cracolândia cresceu 160% em um ano”. 8 de julho de 2017. Disponível em: <http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,pesquisa-revela-que-populacao-da-cracolandia-cresceu-160-em-um-ano,70001832252>. Acesso em: 16/09/2017.

FERREIRA, Ângelo Mazzuchi Santana. “O Ministério Público diante da procura pelas internações psiquiátricas”. Disponível em: http://www.mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semear/Materiais_de_Apoio/Doutrina/Artigo_O_MINISTERIO_PUBLICO_DIANTE_DA_PROCURA_POR_INTERN.pdf. Acesso em: 16/09/2017.

FERREIRA, Pablo Henrique de Abreu. “A Constitucionalidade da Internação Compulsória dos Usuários Dependentes Químicos de Drogas”. Brasília-DF, 2013. Disponível em: <http://twingo.ucb.br/jspui/bitstream/10869/2342/1/Pablo%20Henrique%20de%20Abreu%20Ferreira.pdf>. Acesso em: 13/03/2017.

FONTE, Eliane Maria Monteiro. “Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil”. Revista UFPE. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>. Acesso em: 10/09/2017.

GOULART, Marcelo Pedroso. Elementos para o uma teoria geral do Ministério Público. Belo Horizonte: Arraes, 2013.

GOULART, Marcelo Pedroso. Ministério Público e democracia – teoria e práxis. São Paulo: Editoria de Direito, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. “Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. 2015”. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 15/09/2017.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.3, pp.801-821, jul.-set. 2007.

MENDES, E. V. (1995). “As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal”. In E. V. Mendes (Org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, pp. 19-158.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Cadernos de Atenção Básica”, 2013, n° 34, p. 19. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 15/09/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. “Consultórios de Rua do SUS”. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, setembro 2010, p. 14.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Portaria n° 121, de 25 de janeiro de 2012”. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html. Acesso em: 15/09/2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Portaria GM/MS n° 131, de 26 de janeiro de 2012”. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 15/09/2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Portaria n° 817, de 30 de abril de 2002”. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_817.pdf. Acesso em: 14/09/2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Portaria GM/MS n° 1.190, de 4 de junho de 2009”. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/11-saude-mental/12319-legislacao-saude-mental>. Acesso em: 14/09/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Portaria GM/MG n° 2.391, de 26 de dezembro de 2002”. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-gm-ms-2391-2002>. Acesso em 16/09/2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Portaria GM/MG n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011”. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15/09/2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde”. 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 10/09/2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Lei Complementar nº 34/1994: Lei Orgânica do Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId>. Acesso em: 20/11/2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Plano Geral de Atuação Finalístico: 2016-2017 - Caderno I - Plano / Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Disponível em https://transparencia.mpmg.mp.br/arquivo/planejamento_estrategico/dados_gerais_de_acompanhamento/pga_finalistico/PGA-Finalistico-2016-2017-Caderno-II-Methodologia.pdf. Acesso em 21/11/2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO. Lei n.8.625/1993: Lei Orgânica Nacional do Ministério Público. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8625.htm. Acesso em: 20/11/2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO. Lei Complementar n.75/1993. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp75.htm. Acesso em 20/11/2017.

OLIVEIRA, Luciano Moreira. “Atenção à saúde das pessoas usuárias de drogas e internações psiquiátricas”. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; ALMEIDA, Gregório Assagra; GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; LIMA, Paulo Cesar Vicente; IENNAO, Rodrigo. Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua. Belo Horizonte: D’Plácido, 2ª ed., 2014, p. 474

PINHEIRO, Gustavo Henrique de Aguiar. “O Devido Processo Legal de Internação Psiquiátrica Involuntária na Ordem Jurídica Constitucional Brasileira”. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/20292/o-devido-processo-legal-deinternacao-psiquiatrica-involuntaria-na-ordem-juridica-constitucional-brasileira>. Acesso em 23/01/2017.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva; MEDEIROS, Rafael Gil. “Redução de danos: dispositivo da reforma?” Koinomia. 2009. Disponível em: http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340[HYPERLINK "http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340&cod_boletim=31"&HYPERLINK "http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340&cod_boletim=31"cod_boletim=31](http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340&cod_boletim=31). Acesso em: 13/09/2017.

PROCURADORIA GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. CORREGEDORIA GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE ESTADO DE MINAS GERAIS. Resolução Conjunta PGJ/CGMP nº 3, de 31 de março de 2011. Disponível em: <http://www-antigo.mpmg.mp.br/portal/public/interno/arquivo/id/26410>. Acesso em: 18/11/2017.

RESENDE, H. 2007. “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica”. 2007. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes, p. 38.

SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa. Campinas: Saberes Editora, 2013, pp. 56-65.

SANTOS, Marcelo Henrique dos. O Ministério Público e seu papel articulador junto ao SUS: manual operacional básico. Goiânia: ESMP, 2011, pp.105-107.

STRECK, Lenio Luiz. “Superando os diversos tipos de positivismo: porque hermenêutica é applicatio?” Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Michelle/Downloads/1224-2186-2-PB.pdf>. Acesso em: 02/09/2017.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. “Remessa Necessária-Cv 1.0621.14.000030-1/001”. Relatora: Desa. Alice Birchall, 7ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 31/10/2017, publicação da súmula em 14/11/2017.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. “Agravado de Instrumento-Cv 1.0105.12.024803-1/003”. Relator: Des. Kildare Carvalho, 4ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 19/10/2017, publicação da súmula em 24/10/2017.

VARELLA, Dráuzio. “Internação Compulsória”. Disponível em <<http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/internacao-compulsoria-2>> Publicado em fevereiro de 2013. Acesso em: 6/12/2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. “Constitution of the World Health Organization”. 1946. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 6/09/2017.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves. “A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil”. Belo Horizonte: Psicologia em Revista, jun. 2008, v. 14, n. 1, pp. 131-150. Disponível em: http://www1.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20081029093450.pdf. Acesso em: 07/09/2017.