

## **A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, COM PRIORIDADE PARA A PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇAS E AO ADOLESCENTE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS**

Iara Maria Pinheiro de Albuquerque<sup>1</sup>

Romy Christine Nunes Sarmiento da Costa<sup>2</sup>

**RESUMO:** Analisa a novel Política Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de apontar os principais componentes da política e a responsabilidade pela sua implantação. Destaca as normas sanitárias vigentes e as diretrizes para enfrentamento do problema crescente de consumo de álcool e outras drogas, especialmente demonstrando as fragilidades da rede de serviços públicos de saúde em nosso estado. Apresenta as formas de internação psiquiátricas, sob olhar crítico de sua utilização de forma indiscriminada, face a ausência de efetividade do poder público na resolução do problema posto. Demonstra a atuação do Ministério Público como instituição vocacionada para a proteção e promoção da cidadania.

**Palavras-chaves:** Saúde Mental. Sistema Único de Saúde. Ministério Público.

### 1 Introdução

O presente texto fará uma breve apresentação sobre a vigente legislação sanitária-psiquiátrica e a novel Política Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que vem sendo impulsionada pelos Ministérios da Justiça e da Saúde do estado brasileiro, com destaque para a análise da utilização, por vezes indiscriminada, do instrumento da internação compulsória como primeira medida de tratamento para os dependentes químicos, discorrendo ainda sobre os serviços de saúde substitutivos à internação, apresentando-os como os componentes principais da política em foco.

Em seguida, será estudado como a internação judicial compulsória poderá auxiliar nesta problemática, além de apresentarmos quadro sintético dos serviços de

---

1 Promotora de Justiça em Natal/RN, Coordenadora do Centro de Apoio às Promotorias de Saúde, Especialista em Criminologia pela UFRN.

2 Assessora Jurídico Ministerial em Natal/RN, lotada no Centro de Apoio às Promotorias de Saúde, Especialista em Direito Público pela FESMP e em Direito Processual Civil pela FARN.

atendimento de saúde mental existentes em nosso estado e, por fim, sugestões de atuação do Ministério Público diante da dramática situação dos dependentes e familiares que buscam junto ao *Parquet* auxílio para garantir seu direito à assistência em saúde mental e retorno ao exercício da cidadania plena.

Registre-se, por fim, que todo norte jurídico do presente texto está fulcrado na Lei Federal 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001, que se constitui no marco legal da reforma psiquiátrica em nosso país, sendo norteadora da Política de Saúde Mental estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS). Assim sendo, tal lei também vem a ser o instrumento normativo de observância obrigatória para as ações assistenciais de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

Ademais, Importante que se afirme de pronto que referido ato normativo encontra-se em sintonia com as diretrizes para a área de saúde mental preconizadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS.

## 2 O Problema crescente de consumo de álcool e outras drogas. Das Políticas Públicas para enfrentamento de um problema de contornos sócio-sanitário.

Atualmente, considera-se que o consumo de álcool e outras drogas é um grave problema sócio-sanitário, posto que seu uso está diretamente relacionado com o agravamento das tensões sociais e o aumento da criminalidade, além de comprimir fortemente os serviços de saúde pela alta demanda por tratamento para dependentes químicos.

Segundo atesta o Ministério da Saúde no artigo *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*: “O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos, inclusive no Brasil, consomem abusivamente substâncias psicoativas equivalência”.

Para resolução desta problemática é necessário haver o envolvimento de diversos segmentos da sociedade, numa união de esforços do Poder Público com a sociedade civil organizada, a fim de serem alcançados plenos resultados de

reabilitação social dos dependentes, com evidente protagonismo do Poder Público neste contexto.

Desta feita, desponta o Sistema Único de Saúde, compreendido como o conjunto de ações e serviços de saúde que têm por finalidade a promoção de melhor qualidade de vida para toda a população brasileira e, que atualmente está organizado através de uma política de consolidação de cuidados pela implantação de REDES ASSISTENCIAIS que funcionam de forma regionalizada, hierarquizada e integrada.

Para atenção ao dependente químico foi desenvolvida a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial e a novel Política Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

### 3 Aspectos gerais sobre o tratamento em saúde mental no SUS: Política de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas - RAPS E CAPS

Fábio Wallace, em seu artigo *a criança e o adolescente no campo da saúde mental: que lugar?*, destaca que os avanços alcançados pela Reforma Psiquiátrica se devem, principalmente, à contribuição da Lei Federal 10.216/2001, a qual, ao dispor sobre a proteção e os direitos dos portadores de sofrimento mental grave redimensiona o modelo de assistência no campo da saúde mental, retirando a centralidade do cuidado do hospital psiquiátrico, transferindo-o para serviços de base comunitária.

O principal componente destes serviços é o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, redimensionado através da Portaria GM/MS 336/02, que criou uma linha de financiamento para a instalação e manutenção destes centros, fixando-o como um dos serviços prioritários para o tratamento dos portadores de sofrimento mental.

A Lei 10.216/2001 passou a garantir aos usuários de serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas - a universalidade de acesso e direito à assistência integral, (op. cit.). Referida norma institui, em seu artigo 3º, que é responsabilidade do Estado o “*desenvolvimento da política de saúde mental, a*

*assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família [...]*”.

Sendo, pois, o consumo de drogas um problema de âmbito nacional, foi instituído pela União o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, através do Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010, com alterações pelo Decreto nº 7.637, de 08 de dezembro de 2011.

A norma em baila determina que “a participação dos Estados, Distrito Federal e Municípios no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas ocorrerá por meio de termo de adesão”, (art. 5A), e que “para execução do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas poderão ser firmados convênios, contratos de repasse, termos de cooperação, ajustes ou instrumentos congêneres com órgãos e entidades da administração pública federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com consórcios públicos ou com entidades privadas” ,(art. 7A).

O Plano instituído pelo Decreto supra, tem como um dos objetivos (art. 2º, 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 SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

Para tanto, deverão ser instituídas *instâncias de gestão* em cada estado/município, como formação de *comitê gestor interinstitucional*, o qual será responsável pelo acompanhamento e avaliação da implementação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (art. 4º). No estado do RN foram instituídos comitês nos municípios de Natal, Mossoró e Parnamirim, tendo estes entes realizado a adesão prevista no Decreto 7179/2010.

Destacam-se como uma das ações *imediatas* previstas no plano integrado de enfrentamento (art. 5º, § 1º), *a ampliação do número de leitos para tratamento de usuários de crack e outras drogas*; e como ação estruturante, (art. 5º, § 2º) *a ampliação da rede de atenção à saúde e assistência social para tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas*.

Por fim, informamos que o Plano estabelece ainda (art. 5º-A) que a adesão dos entes federados *implica responsabilidade pela implementação das ações* de acordo com os objetivos previstos neste Decreto e com as cláusulas estabelecidas

no termo de adesão.

### 3.1 A RAPS: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Portaria GM/MS nº 3.088/2011 dispõe sobre a operacionalização e implantação da REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS para tratamento de usuários/dependentes de álcool e drogas.

Tal medida segue de acordo com as recomendações do Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial, realizada em 2010, que em suas diretrizes, conclamou o Ministério da Saúde à efetivar ações que garantam a implementação da política de enfrentamento ao problema, de forma a proporcionar uma assistência de qualidade aos usuários, evitando sua criminalização.

Como já dito, a estratégia atual do MS para garantir a integralidade da assistência em saúde consiste em organização de *redes assistenciais*, cabendo a tal pasta de governo estabelecer os objetivos e diretrizes básicas, assim como o financiamento para possibilitar sua implantação nos estados e municípios.

Neste sentido, observe-se que a Portaria nº 3.088/2011 dispõe sobre a operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial para tratamento de usuários AD, que se dará pela execução de quatro fases: I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial; II - Adesão e diagnóstico; III - Contratualização dos Pontos de Atenção; e IV - Qualificação dos componentes.

Posteriormente, o MS publicou as portarias que disponibilizaram os recursos financeiros para implantação desta política nos Estados e Municípios: Portaria GM/MS nº s 130 e 148, de janeiro de 2012.

Interessante mencionar que a RAPS manteve o modelo CAPS (Portaria GM/MS 3.088/2011) como importante componente estratégico na assistência em saúde mental. Em relação a esta última Portaria, destacamos a recente alteração em relação a original, por *republicação*, em 21/05/2013, no DOU nº 96, contendo alterações principalmente quanto ao *critério populacional mínimo para instalação dos CAPS*. Sobre esses serviços, discorreremos mais a seguir.

### 3.2 Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

O Ministério da Saúde, em caderno editado sobre os CAPS (MS-Brasília, 2004) define que: “Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento das *redes*, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc.”

A administração federal sanitária estabelece claramente a forma de tratamento eficaz neste centros de apoio, devendo ser de pleno conhecimento daqueles profissionais que trabalham com a política de saúde mental nos municípios. Vejamos o texto extraído de publicação do MS (BRASIL, 2004, p. 16):

- Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

Observe-se que no texto acima, bem como no texto da Portaria nº 3088/2012 permanece a divisão em CAPS para usuários específicos, destinando-se *unidade especial* para tratamento de *crianças e adolescentes*. Disciplina o texto legal em vigência:

CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack,

álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

Com efeito, da conjugação da Lei Federal com as Portarias nºs 336/02 e 3088/2011, citadas alhures, restou inserido no campo de políticas de saúde mental, capítulo exclusivo para disciplinar o tratamento de crianças e adolescentes, instituindo-se os CAPSi – Serviços de Atenção Psicossocial para atendimentos deste público, sendo referência da assistência especializada para a população-alvo em sua região de abrangência.

### 3.3 O CAPSi: Atenção à saúde mental Infantojuvenil

Como já rapidamente afirmado linhas atrás, atualmente não é possível mais aceitar que ainda se discuta a manutenção de tratamentos iguais para adultos e crianças, visto que estes últimos demandam atenção especial. As crianças e adolescentes têm que serem vistos como sujeitos de direitos específicos, portanto, não devem ser atendidas em CAPS adulto.

Observe-se que o tratamento de crianças e adolescentes tem especificidades que não podem ser entendidas como simples extensão do tratamento de adultos. A frase “criança não é um adulto pequeno”, no campo de saúde mental não é simples retórica. É preciso sim, dispender cuidados especiais às crianças e adolescentes. Todos os estudos consultados apontam neste sentido, conforme destaca a professora Maria Cristina Ventura:

De modo geral, as políticas de saúde mental existentes estão relacionadas aos problemas da população adulta. Na população de crianças e adolescentes, os tipos de transtorno, principais fatores de risco e de proteção, estratégias de intervenção e organização do sistema de serviços têm especificidades que não podem ser contempladas pela simples extensão das estratégias de cuidado da população adulta à população infantil e juvenil. Tais especificidades tendem a permanecer invisíveis na agenda mais geral das políticas

de saúde mental, requerendo, assim, a proposição de uma agenda política específica.

Portanto, tem-se claramente que a normatização do tratamento em separado para crianças e adolescentes surgiu da necessidade desta segregação como uma forma de otimização dos tratamentos, devendo ser entendida como uma convocação ao trabalho e à responsabilidade pública para os gestores e demais profissionais diretamente ligados à assistência dessa população-alvo, tida pelo nosso ordenamento jurídico e declarações internacionais como sendo merecedora de acolhimento com *prioridade absoluta*.

Dada a importância da temática em questão, ampliaram-se os debates por todo o país, sendo realizada, em 2001, a *III Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial*, que recomendou, dentre outras, as seguintes diretrizes em seu Relatório Final:

A elaboração e execução de ações no campo da Saúde Mental infantojuvenil devem compor, obrigatoriamente, as políticas públicas de saúde mental, respeitando as diretrizes do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os princípios do ECA. Estas políticas devem ser intersetoriais e inclusivas, com base territorial e de acordo com a realidade sociocultural de cada município. Nesta perspectiva, é fundamental a criação e/ou fortalecimento de uma rede de atenção integral à criança e adolescente e a reavaliação dos serviços existentes.

Ainda trazemos como destaque diretrizes da Conferência como a de que a política de saúde mental deve *garantir o direito da criança e do adolescente, portador de sofrimento mental e/ou usuários de drogas, de ser atendido em serviços substitutivos específicos. As internações, quando necessárias, devem realizar-se em serviços 24hs ou hospitais gerais, no setor de pediatria, com a presença de acompanhante (Diretriz 174)*.

### 3.4 Do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil.

Desta forma, visando ao fortalecimento das diferentes iniciativas e diante da necessidade de concentrar esforços no campo da Atenção em Saúde Mental



Infantojuvenil assim como de otimizar as ações propostas e desenvolvidas pelos diferentes setores governamentais e não-governamentais, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM n.º 1.608, de 3 de agosto de 2004, instituiu o *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil*.

Dentre as principais diretrizes deste Fórum, destacam-se: a responsabilização pelo cuidado, devendo os serviços agenciar o cuidado bem como estarem abertos à comunicação com outros dispositivos, seguindo a lógica da formação de uma rede ampliada de atenção; comprometer os responsáveis pela criança/ adolescente a ser cuidado no processo de atenção, situando-os igualmente enquanto sujeitos de demanda; e conduzir as ações de modo a estabelecer uma rede ampliada de cuidado, sendo cada profissional co-responsável pelos encaminhamentos e decisões.

Em reunião realizada pelo Fórum na cidade de Salvador, em 2004, foi recomendada ainda a Incrementação e articulação dos CAPSi com toda rede assistencial, considerando seu fundamento intersetorial e lógica de rede ampliada, assim como *as diretrizes da atual política pública de saúde mental que definem o CAPSi como um serviço estratégico de cuidado e tratamento para crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, assim como estabelecem sua função ordenadora da demanda de seu território de abrangência*.

Visando contínuo aperfeiçoamento, na VIII Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, ocorrida em Brasília/2009, foram definidos em seu Relatório Final, os seguintes pontos:

Eixo II - Como organizar a rede pública ampliada para garantir a atenção adequada?

CONSIDERANDO a carência de serviços públicos dos diferentes setores, em particular da saúde mental, em muitas localidades do país, caracterizando verdadeiros bolsões de vazio assistencial; A necessidade de efetiva articulação das redes de saúde mental com as redes e/ou equipamentos para infância e adolescência do território, particularmente com os dispositivos da educação, saúde geral, assistência social, justiça, garantia de direitos, cultura, esportes, lazer – decisivos para potencializar a atenção no caso de usuários abusivos de álcool ou outras drogas; Que o desconhecimento das diretrizes da política, das redes, serviços e recursos dos territórios, bem como a invisibilidade dos serviços para a população, são importantes barreiras ao acesso; Que as experiências mais efetivas frente aos problemas de uso abusivo de

álcool e drogas são intersetoriais; A necessidade do acolhimento ao sofrimento das famílias, ensejando em relação a elas atenção e trabalho regulares por parte dos atores da rede de saúde mental e por todos os componentes da rede pública ampliada; A necessidade de estratégias multissetoriais de aproximação que tomem o jovem usuário como protagonista, levando em conta seu desejo e seus impedimentos já construídos, possibilitando a construção de alternativas à droga através dos movimentos sociais articulados aos equipamentos do campo das políticas públicas; Que há regiões em situação de grande vulnerabilidade e violência;

#### RECOMENDA:

Que o atendimento ao usuário de álcool e drogas seja **NECESSARIAMENTE** intersetorial.

Que o trabalho de construção de redes aconteça em várias frentes concomitantemente, com ações macrosetoriais (da gestão, das políticas, da justiça) e em nível local (entre serviços e ações no território, com participação dos usuários, famílias e profissionais).

Que as ações que competem especificamente à saúde mental sejam fortalecidas e estejam claras para os profissionais deste campo. Estes precisam estar devidamente informados do teor das políticas e das práticas que compõem a diretriz nacional em saúde mental para tais ações.

Que os serviços de saúde mental do SUS desencadeiem e articulem a rede de cuidados, processos, mudanças e transformações voltadas para a substituição e extinção de práticas tradicionais e excludentes, ocupando, pela via da saúde mental, os espaços vazios que vêm sendo tomados por clínicas com práticas repressivas, conservadoras e/ou voltadas para a obtenção de lucro.

[...]

A formação permanente do profissional da área de saúde mental, tanto no que concerne ao afazer clínico quanto ao mandato social dos serviços, levando em conta o papel estratégico que lhes compete.

Que as internações necessárias ao cuidado clínico do usuário sejam feitas preferencialmente em hospitais gerais, respeitando-se a singularidade de cada caso e acionando-se os dispositivos da assistência social em casos de risco social ou de morte. [...]

Desta feita, apresentamos até aqui as linhas gerais da política de saúde mental brasileira, seus principais instrumentos normativos e de gestão sanitária, com amplo destaque para o serviço CAPS - com ênfase no CAPSi -, protagonista desta política assistencial, impondo-se, agora, trazer a lume algumas considerações sobre a internação psiquiátrica.

de Psiquiatria, adotado pelo Conselho Federal de Medicina.

A internação psiquiátrica, inclusive a compulsória, é estabelecida como tratamento ao portador de transtorno mental na própria Lei 10.216/01, cabendo-nos esclarecimentos quanto à diferenciação entre as diversas formas desta internação, visto que comumente há confusão entre os termos.

Dentro do contexto de mudanças, propiciado pelos ventos da Reforma Psiquiátrica, foi editada a Portaria nº 2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002, a qual veio regulamentar o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) e os procedimentos de notificação da comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público.

A referida portaria determinou a necessidade de comunicação das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS, ao Ministério Público Estadual ou do Distrito Federal e à Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias (instância ligada a administração sanitária dos entes públicos). Isto com o objetivo de que haja controle e acompanhamento das mesmas até a efetiva alta do paciente, evitando-se o prolongamento indefinido de pacientes nos hospitais psiquiátricos.

Além disso, estabeleceu a caracterização de quatro modalidades de internação: internação psiquiátrica voluntária (IPV), internação psiquiátrica involuntária (IPI), internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária (IPVI) e internação psiquiátrica compulsória (IPC), seguindo o significado já atribuído pela Lei n. 10.216/02.

Segundo artigo extraído no boletim científico nº 10, da Associação Brasileira de Psiquiatria:

A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001<sup>2</sup>, orienta o psiquiatra sobre seu procedimento legal quando necessitar de internar algum paciente de forma involuntária. Inicialmente, no parágrafo único de seu artigo 6º, esta lei trata dos três tipos de internação psiquiátrica, já descritos acima: voluntária, involuntária e compulsória. O artigo 8º, por sua vez, trata, em seus dois parágrafos, dos procedimentos a serem adotados.

Quando o psiquiatra proceder a uma internação involuntária, é necessário que o médico responsável técnico da instituição comunique, no prazo máximo de 72 horas, o Ministério Público Estadual. O mesmo procedimento deve ser adotado quando o paciente receber alta hospitalar.

A internação involuntária terminará com a alta médica dada pelo psiquiatra responsável pelo tratamento. No entanto, ela poderá também ser interrompida mediante solicitação escrita do familiar ou responsável legal.

Cabe comentar que, não raramente, observa-se uma certa confusão por parte dos psiquiatras recém-formados entre a internação involuntária e a internação compulsória. Além de não se tratar de sinônimos, como explicado acima, uma internação involuntária pode não ser compulsória, assim como uma internação compulsória pode não ser involuntária. Para clarear o que foi dito, serão dados alguns exemplos que ilustram situações com as quais o psiquiatra poderá se deparar e como ele deve agir:

1) Internação voluntária: o paciente solicita voluntariamente sua internação. O psiquiatra deve colher dele uma declaração de sua opção por esse regime de tratamento. Quando da alta, se esta for a pedido do paciente, este também deve assinar uma solicitação por escrito.

2) Internação compulsória e involuntária: o juiz determina o procedimento, mas o paciente se recusa a ser internado. Nesse caso, o psiquiatra procede à internação, não precisando comunicar a sua execução ao judiciário.

3) Internação compulsória, mas voluntária: o juiz determina o procedimento e o paciente também deseja a internação. O psiquiatra procede normalmente à internação.

4) Internação involuntária, mas não compulsória: o psiquiatra indica, realiza a internação e comunica ao Ministério Público em um prazo de 72 horas.

Esta modalidade assistencial pelo seu tipo compulsório é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como possível de atender ao dependente químico, segundo noticia o governo de São Paulo em reportagem sobre internações compulsórias, que informa:

“a OMS considera que o tratamento de dependência de drogas, como qualquer procedimento médico, não deve ser forçado. Admite, porém, que “em situações de crise de alto risco para a pessoa ou outros, o tratamento compulsório deve ser determinado sob condições específicas e período especificado por lei”, conforme divulgado no documento “Principles of Drug Dependence Treatment”, de 2008, em <http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>.

## 5 Serviços Assistenciais de Internação disponíveis no estado do RN

Conforme destacado em artigo anterior, escrito pela co-autora, Iara Pinheiro, a *intervenção judicial no tratamento de crianças e adolescentes usuários*

*de substâncias entorpecentes: Os instrumentos disponíveis no âmbito do SUS*, tem-se no Estado do Rio Grande do Norte a Unidade de Desintoxicação – UD, aberta desde o ano de 2008, como o primeiro Centro Estadual de Atenção Psicossocial para atendimento de internação hospitalar de curta duração de pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, com oito leitos, responsabilidade que é nitidamente da Secretaria Estadual de Saúde (SESAP) pela Portaria nº 816/2002.

Temos ainda, conforme dados da Coordenação Estadual de Saúde Mental da SESAP, que do atendimento do Pronto Socorro psiquiátrico no Hospital João Machado – o maior do Estado – 41,16 % é referente ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Atualmente, não existem ainda números sobre o atendimento relativo a adolescentes e crianças, pois o atendimento deste Pronto-Socorro é voltado ao público adulto, como também na unidade de desintoxicação os internamentos só abrangem adulto e inclusive, não há enfermaria feminina.

Acerca do assunto, vale registrar que a Promotoria de Saúde de Natal ajuizou ação civil pública, Processo n. 0021954-58.2009.8.20.0001, que corre junto à 3ª Vara da Infância e Juventude da capital, voltada a obrigar o município de Natal a ofertar leitos integrais em saúde mental para atenção infantojuvenil, pois, na capital, para atendimento especializado infantojuvenil em saúde mental, somente existe o CAPSi, que conta com equipe multidisciplinar e recebe crianças a partir dos 05 (cinco) anos de idade e adolescentes até 17 (dezessete) anos de idade.

Todavia, o serviço não está disponível 24h, nem oferece internação psiquiátrica ou para desintoxicação, o foco da assistência é o portador de transtorno mental.

Esclarecemos que a definição de LEITOS INTEGRAIS EM SAÚDE MENTAL compreendem leitos para internação de curta ou longa permanência em hospitais gerais; hospitais psiquiátricos; leitos de CAPS III e leitos de urgência psiquiátrica.

No sítio institucional do Ministério da Saúde – [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) → saúde mental, encontramos a informação de que de 10% a 20% da população infantojuvenil sofre de transtorno mental. Desse contingente, de 3% a 4%

necessitam de tratamento intensivo, ou seja, com internação por períodos curtos ou longos. Dentro desses percentuais, estão incluídas as ocorrências pelo uso de substâncias psicoativas.

Em regra a terapêutica mais indicada para tratamento do adolescente drogadito é a conjugação de internação de curta permanência em leito integral de saúde mental, havendo demanda para desintoxicação, não necessariamente em hospital psiquiátrico e, posterior acompanhamento em CAPS i ou mesmo ambulatório psiquiátrico, segundo nossa interpretação da Política Nacional de Saúde Mental, mas existe déficit significativo de serviços ambulatoriais para atendimento de adolescentes drogaditos no RN, tanto na capital quanto no interior.

## 6 Do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas – SISNAD. Desdobramento no RN.

Merece menção ainda, como norma aplicável ao tema, a Lei nº 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, regulamentada pelo Decreto nº 7.179/2010, com alterações pelo Decreto nº 7.737/2011. Referidos instrumentos subsidiaram o *Projeto “CRACK, Álcool e Outras Drogas no RN: Qualificação, Articulação e Intersetorialidade”*, elaborado em junho/2012 e apresentado pela SESAP por ocasião de reunião realizada em 25/10/2012 na Procuradoria Geral de Justiça do RN.

Observa-se no referido texto legal, em seu artigo 4º, que um dos princípios do SISNAD é promover a articulação com órgãos como o Ministério Público, Poderes Legislativo e Judiciário visando à cooperação mútua de suas atividades. E ainda dispõe o artigo 23, ao tratar sobre *as atividades de atenção e de reinserção social de usuários ou dependentes de drogas*, que as redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, respeitadas as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios explicitados no art. 22 desta Lei, obrigatória a previsão orçamentária adequada.

Sem deixar de enaltecer a importância da execução do Projeto supra citado

apresentado pela SESAP, *chamamos a atenção para a necessidade de ampliação da rede de atenção psicossocial em nosso estado*, já que o projeto contempla apenas a realização de *treinamento e capacitação*, apesar de destacar em seus objetivos a necessidade de *“Fortalecer a rede de Assistência em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas”*.

A Portaria nº 3.088/2011, que institui a Rede de atendimento a usuários de álcool e drogas, é constituída de diversos componentes (art.5º), estando o *treinamento e capacitação*, contemplados no referido projeto da SESAP, inserido em apenas um deles. Verifica-se a necessidade urgente de ações que garantam esta ampliação e qualificação de serviços de natureza ambulatorial, especialmente CAPS, visto que se constata junto às Promotorias de Justiça do interior a precariedade dos poucos serviços existentes, deficiência que tem implicado em buscar-se a internação compulsória como *primeiro atendimento* para o adulto e ao adolescente dependentes químicos, resultado da inversão perversa da lógica da política feita em nosso estado.

Inclusive registre-se que a Organização Pan-Americana da Saúde/OMS no Brasil considera *inadequada e ineficaz a adoção da internação involuntária ou compulsória como estratégia central para o tratamento da dependência de drogas*, tendo elaborado, junto com as Nações Unidas documento que orienta o tratamento de dependência de drogas.<sup>3</sup>

Infelizmente, verifica-se que a política de atenção a usuários de álcool e outras drogas está bem normatizada, e que outros Estados já estão avançados na implementação desta política, ampliando sua rede de serviços.

Porém, tal realidade não alcança ainda nosso Estado, havendo a necessidade de incentivos prioritários da pasta sanitária e de outras pastas também, com a segurança pública, educação e assistência social, dado o caráter sócio-sanitário do problema do consumo abusivo de drogas ilícitas, com maior envolvimento dos governos estadual e dos municípios, especialmente os três que aderiram ao Plano de Enfrentamento ao Crack, como Natal, Parnamirim e Mossoró.

Destacamos a Ação Civil Pública supra mencionada (0021954-

<sup>3</sup> Para maiores informações ver [Documento elaborado pela OMS, em conjunto com o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime \(UNODC\), em 2008](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-da-opasoms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-pessoas-que-usam-drogas&catid=1016:bra-01-noticias), descreve dez princípios gerais que orientam o tratamento da dependência de drogas, disponível em [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-da-opasoms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-pessoas-que-usam-drogas&catid=1016:bra-01-noticias](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-da-opasoms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-pessoas-que-usam-drogas&catid=1016:bra-01-noticias)

58.2009.8.20.0001), na qual foi realizado acordo em junho de 2012, nos seguintes termos:

Ficou estabelecido na audiência que o Município de Natal, até o final de outubro de 2012 retirará 11 pacientes que residem no Hospital João Machado para o programa de residências terapêuticas – Moradia Assistida, ficando os servidores que trabalhavam com estes residentes para trabalhar nos 08 leitos do João Machado de tratamento AD. Se até o final de outubro o Município de Natal não conseguir implantar o programa, trará aos autos um plano de disponibilização de recursos humanos para abrir os 08 leitos de AD feminino. [...]

Com relação ao atendimento da rede de urgência e Emergência, o Município de Natal se compromete, até o final de ano de 2012 de concluir o processo de licitação quanto as reformas do Caps Zona Norte para transformá-lo em 24 horas com 10 leitos e o Aptad Zona Sul para transformá-lo em Caps 24 horas Ad zona sul. Apresentar o plano de rede de saúde mental do Município de Natal, no prazo de 15 dias, remetendo cópia para o Processo e para o Ministério Público. Com relação ao Estado do RN, foi feita a reforma, e se compromete que com a retirada dos 11 residentes, permaneçam os servidores necessários para abrir os 08 leitos de Ad feminino.

Entretanto, salientamos que tal acordo ainda não restou cumprido pelos entes signatários, em que pese os esforços do promotor competente, fato que induz a afirmação do também necessário maior envolvimento do Poder Judiciário para a efetivação dos direitos fundamentais, em especial quanto a promoção da assistência à saúde para crianças e adolescentes dependentes químicos, sendo as ações civis públicas ajuizadas pelo Ministério Público instrumentos adequados para que os juízes lancem mão dos instrumentos processuais coletivos em favor do impulsionamento célere de processos judiciais dessa natureza, impondo sanções aos governos omissos, produzindo audiências públicas, enfim, intervindo com toda força e dinâmica hoje esperada de um juiz que seja agente de transformação social no exercício da função judicante.

7 Orientações Técnicas sobre internações compulsórias. Nota Técnica emitida pelo Ministério Público do estado do Paraná.

O tema em debate constitui-se em matéria recorrente no âmbito das Promotorias de Justiça, havendo frequentemente a busca de apoio dos familiares



para pessoas em situação de transtorno mental causado pelo uso de álcool e drogas.

Entretanto, especialmente pela falta de estrutura nos serviços de saúde para o tratamento adequado desta demanda – que só cresce -, existe muita angústia no processo de tomada de decisão pelos membros do Parquet quanto as medidas a serem adotadas para impor ao ente público omissa a obrigatoriedade de assegurar tratamento adequado ao dependente químico. Tal preocupação porém não é exclusiva do nosso estado, tendo sido emitida Nota Técnica pelo Caop-Saúde do Ministério Público do Paraná, da qual destacamos o texto a seguir:

Há de se pressupor, como elementar, que o diagnóstico de doença psiquiátrica é um procedimento médico que deve ser realizado de acordo com os padrões técnicos aceitos internacionalmente (art. 4º, Res. CFM 1598/00), e que é de competência exclusiva do profissional da medicina a realização de tal ato, contendo a indicação de conduta terapêutica, as admissões e altas dos pacientes sob sua responsabilidade (art. 5º, Res. CFM 1598/00). Além disso, a internação psiquiátrica (IPI OU IPC) é sempre instrumento de última eleição, pois neutraliza o princípio geral da prevalência da manifestação da vontade do paciente, consagrado no art. 46 do Código de Ética Médica.

É fundamental, pois, a intelecção que a IPC é medida adotada excepcionalmente, em casos bem especificados, respaldada por ordem judicial, indicada apenas quando a pessoa com sofrimento psíquico está pondo em risco sua própria vida (ou integridade corporal) ou a de terceiros e quando já se esgotaram todos os outros recursos de intervenção terapêutica menos invasivos, inclusive a tentativa de internamento involuntário (art.2º, parágrafo único, VIII, L.F. nº 10.216/01).

Ou seja, a IPC não substitui a IPI ou qualquer outra modalidade de atenção menos gravosa para o doente, que sempre serão preferenciais.

Terá a IPC origem em processo cível ou criminal.

Em total sintonia com o trabalho orientativo do MP do Paraná e a realidade sócio-sanitária brasileira, o CAOP SAÚDE do MP/RN também priorizou a expedição de orientações para atuação na área de saúde mental, com o desenvolvimento do “PROJETO CUIDAR”, voltado para capacitar o Promotor de Justiça com estratégias de atuação, apresentadas em um passo a passo, para que os mesmos fomentem a implantação, fortalecimento e ampliação de rede de atenção psicossocial em nosso

Estado, onde o foco é a implantação e/ou qualificação de CAPS, para o qual já houve a adesão de 30 Promotorias de Justiça.

## 8 Considerações Finais.

A Constituição Federal atribui ao Ministério Público a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, consoante previsão do artigo 127. Ao tratar dos direitos sociais, nossa Carta Magna determina serem “de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle”, a fim de garantir o pleno direito à saúde preconizado no art. 196.

Neste contexto, verificamos ser de vital importância o papel do Ministério Público, se não como responsável direto pela implantação de políticas públicas sanitárias, pelo menos como instituição vocacionada para a proteção e promoção da cidadania, no qual lutar para assegurar o direito à saúde ao cidadão é atividade ministerial básica e essencial.

Estatísticas apontam que por todo país aumenta o número de pessoas portadoras de transtornos mentais, por dependência do uso abusivo de álcool e outras drogas, resultando na necessidade dos membros do Parquet e do Poder Judiciário trabalharem prioritariamente no combate a inércia administrativa no que tange ao não desenvolvimento de ações governamentais voltadas para este público, especialmente crianças e adolescentes mais vulneráveis aos efeitos deletérios da droga. Importante ressaltar que o objetivo da atuação ministerial, na tutela coletiva ou na individual, é sempre a proteção e o cuidado da pessoa, sob o fundamento robusto da efetivação de direitos fundamentais, conforme expõe o Ministério Público do Rio de Janeiro, na elucidativa cartilha “Ministério Público e Tutela à Saúde Mental Material Sobre o Tema”.

Desta forma, considerando a insuficiência de leitos integrais em saúde mental bem como serviços de base comunitária voltados ao tratamento de paciente com transtornos mentais causados por uso de álcool e drogas em nosso Estado, deve-se ponderar acerca da utilização do instrumento de “*internação compulsória*”, havendo primordialmente a necessidade de que o Estado e os Municípios, especialmente o de Natal, Parnamirim e Mossoró apresentem ações efetivas de implantação dos

respectivos Planos de Enfrentamento ao Crack, sendo imprescindível os Promotores de Justiça destas cidades com atribuições em saúde pública, segurança e infância, de forma articulada, acompanhem e cobrem efetividades dos entes municipais exigindo prioridade para a expansão da Rede de Atenção Psicossocial em nosso Estado, especialmente quanto à ampliação de serviços como os CAPS e de aumento de leitos nos Hospitais Gerais.

Os estudos sobre o tema apontam que é importante o Ministério Público conhecer a rede de serviços existentes e avançar no estabelecimento de parcerias visando um encaminhamento consequente e eficaz das demandas por tratamento de dependentes químicos em seu próprio território de residência, não se admitindo tão somente a simples transferência do atendimento para outra cidade, por internação compulsória, especialmente de adolescentes drogaditos.

Assim, é preciso identificar e articular os recursos municipais necessários para uma acolhida eficaz no próprio território, visando garantir a inclusão do adolescente para tratamento em serviços como UBS (Unidades Básicas de Saúde), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e CAPS-ad (Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas), CRAS (Centro de Referência de Assistência Social).

Por fim, cabe assinalar a importância a ser dada acerca das funções do profissional de saúde e de assistência social quanto a necessidade de seu treinamento contínuo, para afastar suas próprias resistências em acolher para tratamento o dependente químico, despidendo-se de preconceitos contra o mesmo e até contra a sua família, de modo a se construir caminhos exitosos para o tratamento e a reabilitação social dos drogaditos, especialmente se tratar-se de uma pessoa em desenvolvimento, (Bittencourt, 2009, *apud* Maria Cristina G. Vicentin).

**ABSTRACT:** Analyzes new National Policy to Combat Crack and Other Drugs, established under the National Health System (SUS), with the aim to identify the main components of the policy and responsibility for its implementation. Highlights the current health standards and guidelines for tackling the growing problem of alcohol and other drugs, especially demonstrating the weaknesses of the public health network services in our state (RN). Presents forms of psychiatric hospitalization, under the criticism of its use indiscriminately, given the lack of effectiveness of the government in solving the problem posed. Demonstrates the role of the prosecutor as dedicated to the protection and promotion of citizenship institution.

**Keywords** Mental Health. Unified Health System. Ministério Público.

## REFERÊNCIAS

A POLÍTICA do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)>. Acesso em: 19 fev. 2014.

DIAS, Fábio Wallace de Souza. *A criança e o adolescente no campo da saúde mental: que lugar?*. Disponível em: <[http://www.clinicaps.com.br/clinicaps\\_pdf/Rev\\_07/Revista%207%20art%205.pdf](http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_07/Revista%207%20art%205.pdf)>. Acesso em: 17 fev. 2014.

Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011\\_2\\_1relatorio\\_IV.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_2_1relatorio_IV.pdf)>. Acesso em: 19 fev. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial - Brasília: Ministério da Saúde, 2004 p.16.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A SAÚDE MENTAL INFANTIL NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: SITUAÇÃO ATUAL E DESAFIOS (Revista Brasileira de Psiquiatria, 2008;30 (4):390-8)

Relatório Final da *III Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial*. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf)>. Acesso em: 17 fev. 2014.

BOLETIM CIENTÍFICO nº 10, da Associação Brasileira de Psiquiatria. Disponível em: <[http://www.abpbrasil.org.br/boletim/exibBoletim?bol\\_id=10&boltex\\_id=40](http://www.abpbrasil.org.br/boletim/exibBoletim?bol_id=10&boltex_id=40)>. Acesso em: 19 fev. 2014.

TEIXEIRA, Elaine Cardoso de Matos Novais e ALBUQUERQUE, Iara Maria Pinheiro. A intervenção judicial no tratamento de crianças e adolescentes usuários de substâncias entorpecentes: Os instrumentos disponíveis no âmbito do SUS.

Cartilha MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL\_MPRJ disponível em: <[http://msm.mp.rj.gov.br/wp-content/uploads/2013/01/cartilha\\_saude\\_mental\\_versao\\_final.pdf](http://msm.mp.rj.gov.br/wp-content/uploads/2013/01/cartilha_saude_mental_versao_final.pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2014.

**Maria Cristina G. Vicentin** SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES - CONTRIBUIÇÕES AO SUS.