

NOTA TÉCNICA CONJUNTA 01/2024/CSP/CDH

Referência: Atuação dos órgãos de execução do Ministério Público de Santa Catarina na implementação e no fortalecimento das políticas públicas voltadas às pessoas em situação de rua.

Considerações e sugestões de atuação às Promotorias de Justiça da Cidadania no acompanhamento, fiscalização, implementação e fortalecimento das políticas públicas de assistência social e saúde voltadas às pessoas em situação de rua.

O **CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA** e o **CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS E TERCEIRO SETOR**, no exercício das atribuições previstas no art. 54, inc. VI, da Lei Complementar Estadual n. 197/2000 e no art. 33, inc. II, da Lei n. 8.625/1993, e conforme o disposto no art. 7º, inc. XI, do Ato n. 244/2019/PGJ, propõe a presente Nota Técnica, para sugerir parâmetros de atuação na implementação e fortalecimento das políticas públicas direcionadas às pessoas em situação de rua.

A presente Nota Técnica foi submetida à análise dos Conselhos Consultivos do CDH e do CSP e, aprovada por unanimidade, após discussão e sugestões sobre o seu conteúdo, foi, na sequência, submetida à análise das Promotoras e dos Promotores de Justiça que atuam nos órgãos de execução com atribuição na área da Cidadania e Direitos Humanos.

A edição do presente estudo decorre da necessidade de prover subsídios para a atuação das Promotorias de Justiça diante da significativa ampliação

da população em situação de rua no Estado de Santa Catarina nos últimos anos, gerando uma demanda crescente de intervenção das políticas públicas municipais que provejam soluções para os problemas associados a essa realidade. As diversas soluções que vêm sendo implementadas pelos municípios, assim como as necessidades e conflitos relacionados ao aumento da população em situação de rua, têm sido levados ao conhecimento e à intervenção do Ministério Público, com frequente busca de subsídios dos Centros de Apoio pelos Órgãos de Execução, o que motivou a elaboração desta Nota Técnica, que compila e dá sugestões gerais de atuação, respeitada a independência funcional na sua implementação.

1. BREVE INTRODUÇÃO SOBRE O PROBLEMA

Compreende-se as pessoas em situação de rua como um grupo “heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular”, na definição do artigo 1º do Decreto n. 7.053/2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Dada essa heterogeneidade, conhecer a população em situação de rua do território, identificar as suas demandas e compreender os fatores que condicionaram as pessoas a estarem nas ruas são os primeiros passos para uma política pública efetiva, que respeita as individualidades e as subjetividades da experiência de cada sujeito.

O Supremo Tribunal Federal, em sede de referendo à medida cautelar deferida monocraticamente no bojo da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 976, do DF, entendeu que há omissão da União, dos Estados e dos Municípios, tanto no Poder Executivo como no Legislativo, em relação às pessoas em situação de rua, ocasionando o que se denomina de “estado de coisas inconstitucional”, motivo pelo qual impôs a adoção de medidas por todos os entes da Federação. Conforme reconhecido pelo Ministro Relator Alexandre de Moraes, “esse grupo social permanece ignorado pelo Estado, pelas políticas públicas e pelas ações de assistência social. Em consequência, a existência de milhares de brasileiros está para além da marginalização, beirando a invisibilidade”.

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS E TERCEIRO SETOR

Na concessão da medida liminar reconheceu-se que o Decreto Federal n. 7.053/2009 – que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua –, que “materializa um conjunto de princípios, diretrizes e objetivos que encontram substrato de legitimidade diretamente na Constituição Federal”, deve ser observado por todos os entes federativos, independentemente de adesão formal.

Merece destaque a previsão do art. 3º do referido Decreto, que impõe a instituição, pelos entes da Federação, de comitês gestores intersetoriais, os quais deverão ser “integrados por representantes das áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua, com a participação de fóruns, movimentos e entidades representativas desse segmento da população”.

Ainda, da decisão destaca-se que foi determinado à União que elaborasse um diagnóstico e um plano de ação e monitoramento para a efetiva implantação da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

A esse respeito, o Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania realizou o diagnóstico nacional, contemplando a situação dos municípios, com base nas incidências do CadÚnico.

A decisão determinou que os Municípios, em 120 dias, realizassem um diagnóstico pormenorizado da situação, com indicação do quantitativo de pessoas em situação de rua, quantidade e local das vagas de abrigo e de capacidade de fornecimento de alimentação. Sugere-se, assim, que as medidas a serem implementadas em âmbito local iniciem justamente pela formação do Comitê Intersetorial, realização do Diagnóstico e confecção do Plano Municipal, conforme será detalhado ao longo do presente estudo. Caberá ao Comitê, na elaboração do Plano, a inclusão das demais medidas determinadas pelo STF na ADPF 976 conforme a realidade e necessidades locais, dada a diversidade observada entre os 295 municípios catarinenses.

Nesse ponto, apurou-se com a FECAM - Federação Catarinense de Municípios que estão sendo confeccionadas minutas de Plano Municipal para a População em Situação de Rua e de Decretos para instituição de Comitê Municipal de Gestão Intersetorial, a fim de subsidiar e uniformizar a atuação dos Municípios catarinenses em relação ao tema. Além disso, estão sendo realizadas lives e eventos orientativos voltados para os gestores municipais.

**CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS E TERCEIRO SETOR**

De acordo as informações do Ministério dos Direitos Humanos, na esteira do que foi observado em todo o país, entre 2015 e 2022 a quantidade de pessoas em situação de rua no Estado cresceu quase 400%. Havia 1.774 pessoas cadastradas no Cadastro Único em atendimento no ano de 2015 e, em 2023, esse quantitativo chegou a 8.824¹. Porém, pesquisadores e movimentos sociais apontam que os números são parciais e que a realidade é ainda mais desafiadora, com número de pessoas em situação de rua bastante superior, considerando que nem todas são atendidas e alcançadas pelo cadastramento.²

Não se trata, como se disse, de um fenômeno isolado, pois acompanha a realidade vivenciada em todo o país.

Segundo o mesmo diagnóstico, no Estado de Santa Catarina os motivos mais apontados pelas pessoas entrevistadas para estarem em situação de rua foram questões familiares e falta de emprego (51,50%) e 14,63% em decorrência da perda de moradia, como se percebe no gráfico que informa as principais causas que levaram as pessoas às ruas no período analisado:

Principais motivos pelos quais passou a morar na rua



Nesse sentido, mostra-se relevante que as medidas adotadas pelo Ministério Público tenham como objetivo a inserção social e o acolhimento das pessoas em situação de rua.

Partindo desse cenário, pretende-se, com o presente estudo e objetivando a atuação do Ministério Público, pontuar e sugerir caminhos para as

¹ Conforme se verifica no painel do Ministério de Direitos Humanos e Cidadania disponível [aqui](#).

² Os dados relacionados aos atendimentos do Município podem ser [acessados aqui](#).

políticas públicas de saúde e assistência social, estabelecidas em legislação e normativas técnicas, com potencial de interferir positivamente nessa realidade.

Desde já é oportuno mencionar que, muito embora as pessoas em situação de rua estejam concentradas majoritariamente em cidades de grande porte e metrópoles do Estado de Santa Catarina, é também responsabilidade dos municípios com poucas pessoas nesta situação a adoção de medidas para assegurar os direitos da população em situação de rua nas demandas que surgirem.

A fim de auxiliar os membros do Ministério Público na viabilização de direitos das pessoas em situação de rua, o CNMP editou o material “Defesa dos Direitos das Pessoas em Situação de Rua – Guia de atuação ministerial”, no qual constam sugestões de atuação para resguardar os direitos dessa população e que também podem auxiliar na adequada compreensão do tema (acesse [aqui](#)).

Também para informar sobre os direitos dessa população, a Diretoria de Direitos Humanos da Secretaria de Estado da Assistência Social, Mulher e Família de SC lançou o material “Além das ruas: conhecendo e garantindo direitos à população em situação de rua de Santa Catarina” (acesse [aqui](#)).

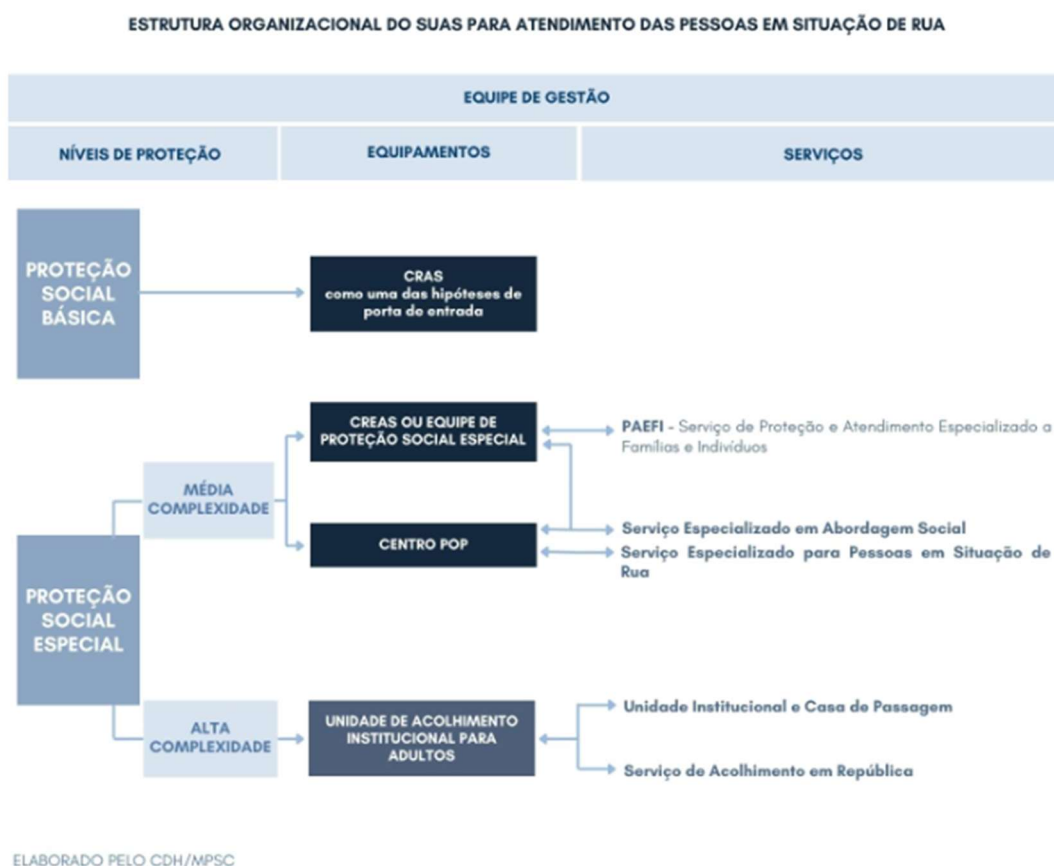
2. POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Uma das políticas públicas essenciais para abordagem das demandas decorrentes da situação de rua é a política de assistência social. Somente com um trabalho socioassistencial capacitado e consistente, interseccionado com a área da saúde (objeto de outro tópico) e outras políticas públicas, como trabalho e renda, e condizente com as necessidades dessas pessoas identificadas a partir do recenseamento, é possível enfrentar esta realidade, sensibilizando as pessoas em situação de rua quanto à precariedade das condições em que vivem, buscando restabelecer laços sociais e familiares, auxiliando na autonomia e na busca por atividade remunerada, ofertando o suporte de saúde necessário, inclusive nas hipóteses de uso de substâncias psicoativas.

Para alcançar esses objetivos, na perspectiva socioassistencial, de acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, os equipamentos e serviços que devem ser ofertados às pessoas em situação de rua são:

- A) Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e os serviços que nele podem ser ofertados;
- B) Centro POP e os serviços que nele podem ser ofertados;
- C) Equipamentos de Alta Complexidade (Unidades de Acolhimento).

Veja-se organograma confeccionado pelo Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos e Terceiro Setor sobre a potencial estrutura da rede socioassistencial para atendimento das pessoas em situação de rua:



O **Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS)** trata-se de unidade pública de abrangência municipal ou regional que oferta serviços da proteção especial de média complexidade, que demandam intervenções especializadas. A atuação na média complexidade ocorre quando já há direitos violados, como é o caso das pessoas em situação de rua.

Dentre os serviços ofertados, o **Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI)** é obrigatório em todos os equipamentos CREAS e atenderá a todos os públicos, quando não houver outros serviços de média complexidade oferecidos.

Na prática, o trabalho social desenvolvido no CREAS consiste em atender, encaminhar e acompanhar a pessoa em situação de rua, auxiliando-a a localizar familiares, emitir documentos, encaminhamentos na área de saúde, busca por trabalho, moradia, educação. Há possibilidade de criação de grupos e de oferta de formação para o mercado de trabalho.

O porte do município constitui uma referência importante para dimensionar o número de CREAS a ser implantado.

Os municípios de Pequeno Porte I não são, a princípio, obrigados a ter um CREAS municipal. Por outro lado, há responsabilidade do Estado na criação de CREAS Regionais para atender a demanda de média complexidade destes municípios menores. Na falta de CREAS Regionais, como é a realidade em Santa Catarina, cabe aos municípios terem uma equipe de proteção social especial, composta por assistente social, psicólogo (a) e advogado (a), que deve atender as demandas que caberiam aos serviços do CREAS.

Quando o município possui mais de 20.000 habitantes (pequeno porte 2 e médio porte) é sua responsabilidade implantar, ao menos, 1 (um) equipamento CREAS.

Para municípios de grande porte, ou seja, acima de 100.000 habitantes, há obrigatoriedade de implantação de 1 CREAS a cada 200.000 habitantes. O diagnóstico sócio territorial e os dados da vigilância socioassistencial são essenciais para a definição mais apropriada da quantidade de CREAS nos territórios.

O CREAS (ou equipe de proteção social especial) nos municípios de pequeno e médio porte, quando composto apenas por equipe mínima, pode atender até 50 famílias ou indivíduos. Já para os municípios de grande porte, metrópoles e DF a capacidade de atendimento com equipe mínima é de até 80 famílias ou indivíduos. Para a adequada composição da equipe da Unidade deve-se observar o prescrito na NOB/RH/2006 e, ainda, na Resolução do CNAS n. 17/2011.

O **Centro POP** é o equipamento socioassistencial que se volta especificamente para o atendimento especializado à população em situação de rua e executa o **Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua**.

Trata-se de uma forma de especialização do trabalho social desenvolvido no CREAS, mas aqui, além das atividades já indicadas, há alimentação, guarda de pertences, local para banho e higiene pessoal.

O Centro POP deve existir no município de acordo com a demanda. Quer dizer, quando a demanda é alta, com número elevado de pessoas em situação de rua na localidade, por certo que o CREAS não terá condições de abarcar mais esse público, surgindo então a obrigação de o município instalar o Centro POP.

De acordo com **Caderno de Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para Pessoa em Situação de Rua**, a equipe mínima do Centro POP pode atender até 80 (oitenta) indivíduos ou famílias. Se houver incremento da equipe é possível aumentar a capacidade de atendimento. Para a adequada composição da equipe da Unidade deve-se observar o prescrito na NOB/RH/2006 e, ainda, na Resolução do CNAS n. 17/2011.

Além disso, a unidade deverá funcionar necessariamente nos dias úteis, no mínimo 5 (cinco) dias por semana, durante 8 (oito) horas diárias, sem prejuízo de ampliação do período de funcionamento para os feriados, finais de semana e períodos noturnos, caso avaliada essa necessidade.

Nesse cenário, uma das formas de se avaliar se o atendimento socioassistencial às pessoas em situação de rua é ofertado adequadamente no município é analisando: (i) a quantidade de pessoas nesta situação; (ii) se há Centro POP nos casos em que a demanda justifica sua instalação; e (iii) se a capacidade de atendimento dele é compatível com o quantitativo de pessoas em situação de rua.

É importante destacar que as pessoas em situação de rua poderão ser atendidas também nos demais serviços, programas e projetos da rede socioassistencial, além de acessar benefícios socioassistenciais.

O **Serviço Especializado em Abordagem Social** é o serviço socioassistencial também de média complexidade ofertado de forma continuada e programada nas ruas, tendo como uma de suas finalidades o atendimento de pessoas

em situação de rua. Pode ser vinculado ao CREAS ou ao Centro POP, a depender da realidade do município.

Caracteriza-se por um processo de trabalho planejado de aproximação, escuta qualificada e construção de vínculo de confiança com pessoas e famílias em situação de risco pessoal e social nos espaços públicos para atender, acompanhar e mediar acesso à rede de proteção social e das demais políticas públicas na perspectiva de garantia de direitos.

Trata-se de um serviço de rua, que complementa as ações realizadas no CREAS ou no Centro POP.

Dentre seus objetivos estão: construir o processo de saída das ruas e possibilitar condições de acesso à rede de serviços e a benefícios assistenciais e identificar as famílias e indivíduos com direitos violados, a natureza das violações, as condições em que vivem, estratégias de sobrevivência, dentre outros.

Este serviço também deve ser implantado por demanda. Quando for alta, é dever do município sua instituição. E quando for baixa, essa abordagem nas ruas deve ser absorvida pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI.

Os **equipamentos de Alta Complexidade (Unidades de Acolhimento)** destinam-se a afiançar segurança e acolhida de indivíduos e/ou famílias com vínculos familiares e/ou comunitários rompidos. Tem como objetivo oferecer suporte e acompanhamento, a fim de restabelecer os vínculos familiares e/ou comunitários.

Segundo a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, constituem serviços de Proteção Social Especial da alta complexidade o **Serviço de Acolhimento Institucional** e o **Serviço de Acolhimento em República**.

O **Serviço de Acolhimento Institucional** é um serviço de Proteção Especial de Alta Complexidade que se destina a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, visando garantir a sua proteção integral, por meio de acolhimento provisório, fora de seu núcleo familiar de origem.

No tocante ao público de adultos e famílias, dentre os quais, aqueles em situação de rua, são previstas duas modalidades de acolhimento:

A) Em **Unidade Institucional**, semelhante a uma residência, com no máximo 50 (cinquenta) pessoas por unidade;

B) Em **Casa de Passagem**, para acolhimento imediato e emergencial, com profissionais preparados para receber os usuários em qualquer horário do dia ou da noite;

Segundo o **Guia de Atuação Ministerial: Defesa dos Direitos das Pessoas em Situação de Rua**, a Casa de Passagem diferencia-se do Acolhimento Institucional:

por contemplar atendimento imediato, emergencial e com estudo diagnóstico detalhado de cada situação para realizar os encaminhamentos da maneira mais adequada diante das demandas de cada pessoa/família, enquanto os abrigos pressupõem atendimento continuado, considerando a possibilidade de resgate de vínculos familiares e comunitários e inserção em Serviço de Acolhimento em República e/ou construção de novos vínculos e estratégias de enfrentamento dessas questões.

E, por fim, a **República** constitui-se em equipamento socioassistencial cuja estrutura permite um sistema de autogestão ou cogestão. É destinado às pessoas em fase de restabelecimento dos vínculos sociais, que buscam neste espaço gradual autonomia e independência para consolidar o processo de saída da situação de rua.

A oferta destes serviços também deve ocorrer por demanda, de modo que, também neste ponto, é oportuno comparar a quantidade de pessoas em situação de rua com a quantidade de vagas para acolhimento ou república, a fim de se verificar se a oferta dos serviços socioassistenciais de alta complexidade no município é a adequada.

Neste ponto, vale mencionar que quando o município não possui demanda para criação de um equipamento de alta complexidade próprio tal situação não o exime do dever legal de ter fluxos para o acolhimento adequado das pessoas em situação de rua, ainda que sejam poucas.

Nestes casos, quatro soluções surgem: (a) a regionalização do serviço por parte do Estado; (b) a criação de consórcio entre municípios - desde que as cidades façam parte da mesma região metropolitana e haja facilidade de trânsito e deslocamento; (c) a compra de vagas em outras localidades - desde que as cidades façam parte da mesma região metropolitana e haja facilidade de trânsito e

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS E TERCEIRO SETOR

deslocamento; e/ou (d) a oferta de benefícios eventuais de pagamento de hospedagem, aluguel social e/ou passagens, os quais devem estar previstos em lei municipal e condicionados à observância dos critérios de concessão.

Oportuno enfatizar que a concessão de passagens para que pessoas em situação de rua retornem para suas cidades de origem pode ser uma alternativa, mas não a única, e deve sempre estar condicionada a:

- A) Previsão em legislação municipal de benefícios eventuais;
- B) Análise social de vulnerabilidade para o recebimento de benefício eventual;
- C) Análise do contexto do retorno e da **livre vontade da pessoa**.

Qualquer medida adotada pelo município no sentido de retirar forçadamente ou induzir a saída de pessoas de seu território mostra-se arbitrária e ilegal. O retorno à cidade natal de modo forçado intensifica à violência contra a pessoa em situação de rua, especialmente ao se considerar, conforme dados do MDH apresentados no início deste material, que o rompimento de vínculos afetivos e familiares é uma das principais causas da situação de rua. Ou seja, foi justamente o contexto social e afetivo do local de origem da pessoa que levou à situação de rua.

Com relação à Proteção Social de Alta Complexidade acima apresentada, no Estado de Santa Catarina há somente 39 serviços de acolhimento (Institucional e Casa de Passagem) e nenhuma República.

É fundamental que se compreenda que a política socioassistencial não deve ser um fim em si mesma, mas um instrumento que possibilite a saída das ruas, preservando a autonomia do indivíduo e estimulando a recuperação de vínculos, profissionalização e moradia.

No que se refere especificamente ao direito à moradia (art. 6º, da Constituição Federal), o modelo *Housing First* aparece como uma das opções de política pública para a população em situação de rua que muda a perspectiva etapista prevista nos serviços de acolhimento do SUAS, para a qual a garantia da moradia é o último ponto a ser tutelado na abordagem junto à referida população.

Diferentemente daquela, o *Housing First* propõe que a condição de moradia permanente seja o primeiro passo, a estrutura de base, em direção à garantia de todos os direitos fundamentais que estão sendo violados na situação de rua. Sua concepção inicial se deu a partir do psicólogo clínico e comunitário canadense Sam Tsemberis¹ e tem como princípios, dentre outros, a percepção da moradia enquanto direito básico, a autonomia e autodeterminação de cada sujeito e a oferta de moradias descentralizadas.

A partir dele, no Brasil, desenvolveu-se o **projeto Moradia Primeiro**, citado na decisão prolatada pelo STF na ADPF n. 976 MC-Ref/DF, que é destinado às pessoas em situação de rua há, pelo menos, cinco anos, com uso abusivo de substâncias química e transtorno mental. A referida iniciativa conta com projetos pilotos em Curitiba – PR e Porto Alegre – RS e tem como objetivo a garantia de moradia segura, descentralizada e integrada à sociedade. Mais informações sobre a estratégia podem ser consultadas no site do Governo Federal² e no *Guia Brasileiro de Moradia Primeiro*³, lançado em 2022, pelo Governo.

Apresentado o panorama geral de todos os serviços e equipamentos socioassistenciais que devem existir e que têm o potencial concreto e efetivo de mudar a realidade que ora se discute, observa-se que, não raras vezes, o Poder Público mantém-se omissos em relação às suas obrigações. Medidas coercitivas generalizadas sem o suporte social, de saúde, de trabalho, de renda e de outras políticas públicas não têm o poder de mudar a realidade das pessoas em situação de rua, as quais, rapidamente, retornarão à situação anterior.

3. ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

3.1. A atuação do Ministério Público em internações psiquiátricas

De início, necessário pontuar que o transtorno mental e a internação psiquiátrica não têm relação direta e necessária com as pessoas em situação de rua, embora, quando excepcionalmente necessário, o seja também para elas. Da mesma forma, a situação de rua não faz do sujeito obrigatoriamente usuário da política pública de saúde mental.

Dito isso, é necessário compreender o modelo de atenção à saúde mental no Brasil, que alcança toda a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

O modelo assistencial em saúde mental no Brasil, tal como hoje constituído, tem seu alicerce na **Lei n. 10.216/2001** (Lei Antimanicomial).

A assistência em saúde mental compõe-se de um conjunto integrado de serviços articulados em complexidade crescente para atender às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, conforme disposto na **Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017**. Nesse espaço, com vistas a resguardar o direito à autodeterminação e à integridade física e psíquica, **a internação psiquiátrica assume um caráter excepcional**: deve-se recorrer à hospitalização apenas quando absolutamente necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento extra-hospitalar e de urgência.

De acordo com os artigos 6º a 9º da Lei n. 10.216/2001, há três modalidades de internação: **voluntária, involuntária e compulsória**. A primeira, conforme o próprio nome revela, é caracterizada pelo consentimento do(a) paciente para ser hospitalizado, o(a) qual deve assinar uma declaração atestando a escolha pelo tratamento, cujo término se dá a pedido do(a) médico(a) ou do(a) próprio(a) paciente. Neste último caso, ainda é decisiva a determinação médica, que pode, por exemplo, converter a internação voluntária em involuntária, desde que haja critérios clínicos para tanto. Por outro lado, a internação involuntária prescinde do consentimento do(a) usuário(a) e se dá a pedido de terceiro(a), sem a intervenção do Poder Judiciário, e finda por solicitação escrita de familiar ou responsável legal, ou por determinação médica. Já a internação compulsória é aquela determinada pela autoridade judiciária.

Cumpra assinalar, ainda, que a efetivação da internação psiquiátrica em qualquer das modalidades deve, impreterivelmente, estar amparada em **laudo médico circunstanciado** que descreva seus motivos, sob pena de configurar restrição ilegal ao direito de liberdade (art. 6º da Lei n. 10.216/2001 e art. 68 do Anexo V da Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017). Há de se sublinhar também que o diagnóstico de doença psiquiátrica é um procedimento médico de competência

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS E TERCEIRO SETOR

exclusiva do(a) profissional de medicina - único(a) autorizado(a) a determinar uma internação -, assim como a indicação de conduta terapêutica, admissões, licenças e altas dos pacientes sob sua responsabilidade (art. 5º da Resolução CFM n. 2.057/2013).

No que tange à **internação involuntária**, vale pontuar que a Lei n. 10.216/2001 não especifica quais pessoas são abarcadas pela definição de “terceiro”. Particularmente, a orientação do Centro de Apoio da Saúde Pública é no sentido de que “terceiro” é quem pertence ao grupo familiar do(a) paciente, nos termos do art. 1.775 do Código Civil. Fica ressalvada, porém, a hipótese de emergência psiquiátrica em que o profissional médico, com fulcro no art. 22 do Código de Ética Médica, realiza a internação diante de um caso agudo que necessita de atendimento imediato devido ao risco para o(a) paciente ou para outras pessoas. Outras possibilidades estão presentes quando se trata de transtorno decorrente do uso de drogas ilícitas, como se verá a seguir.

Ademais, cumpre destacar que a internação involuntária se dá por meio da ação dos órgãos do SUS: Secretaria Municipal de Saúde, Central de Regulação de Leitos e/ou o próprio Estabelecimento Hospitalar. A seu turno, o órgão ministerial deve receber **comunicação**, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, pelo(a) responsável técnico(a) do estabelecimento no qual ocorreu a internação involuntária, contendo laudo do(a) médico(a) especialista. Quando da respectiva alta, o mesmo procedimento deve ser adotado, nos termos do artigo 8º, § 1º, da Lei n. 10.216/2001. Compete ao Ministério Público Estadual, nesse âmbito, o registro da notificação das internações involuntárias para seu **controle e acompanhamento** (quando decorrente de dependência de drogas ilícitas, as internações voluntárias e involuntárias devem ser comunicadas, como se detalhará adiante). Deve também ser notificada a **Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias**, a quem compete, sob a supervisão do Ministério Público Estadual, realizar a avaliação da regularidade e o acompanhamento das internações comunicadas. A Comissão pode também solicitar informações complementares sobre a internação, realizar entrevistas com a pessoa internada e com quem mais julgar conveniente, assim como autorizar especialistas a examinar a pessoa internada (arts. 67-69, 73 e 74, Anexo V,

da Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017). Mesmas providências podem ser adotadas pelo Ministério Público no âmbito do acompanhamento de tais internações.

Destaca-se, nesse particular, que no Estado de Santa Catarina essas comunicações são realizadas por meio do **CIPi – Sistema de Internações Psiquiátricas Involuntárias**. As Promotorias de Justiça podem acompanhar as internações involuntárias por meio dele, inclusive notificando no sistema o estabelecimento de saúde para apresentar novas informações e documentos. O sistema encontra-se em fase de renovação pela equipe de tecnologia do MPSC e a Secretaria de Estado da Saúde está recompondo a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, providências que, quando concretizadas, serão comunicadas aos Órgãos de Execução.

A **internação compulsória**, por sua vez, apesar de contar com previsão legal (art. 6º, III, da Lei n. 10.216/2001), ainda não possui regulamentação específica, uma vez que não foi objeto da Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017 (art. 66, § 4º, Anexo V). Essa modalidade de internação é **subsidiária** em relação às já mencionadas, pois apenas na ausência da família, por discordância desta ou quando não houver emergência psiquiátrica pode o Estado determinar a internação, mediante decisão judicial. Trata-se, assim, de medida excepcional, "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". Além do mais, em seu deferimento, deve-se estabelecer que a instituição de saúde verifique regularmente a necessidade de sua manutenção e informe o Juízo a respeito.³

3.2. Internações psiquiátricas decorrentes do uso de drogas ilícitas

A partir da edição da **Lei n. 13.840/2019**, a internação psiquiátrica do(a) usuário(a) ou dependente de substâncias psicoativas passou a contar com regramento próprio na Lei n. 11.343/2006 (Lei de Drogas). No mesmo viés da Lei 10.216/2001, relega-se a internação à condição de **excepcionalidade**, de sorte a

³ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. [Nota Técnica n. 02/2018](#). Curitiba: Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Proteção à Saúde Pública, 2018.

empregá-la apenas quando necessária frente à insuficiência dos recursos extra-hospitalares. Nos termos do artigo 23-A, prioriza-se o tratamento ambulatorial articulado em uma rede de atenção à saúde, orientada por uma abordagem preventiva e voltada à reinserção social da pessoa usuária ou dependente. Nesse aspecto, sublinha-se desde logo a **vedação legal à realização de internação em comunidades terapêuticas (art. 23-A, §9º).**

No que toca às modalidades de internação, a referida Lei apenas prevê as internações **voluntária e involuntária**, nada dispondo acerca da modalidade compulsória. Em específico, a internação involuntária passa a ser cabível a pedido de familiar, responsável legal ou, na falta deste, de servidor(a) público(a) da área de saúde, assistência social ou órgãos do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), com exceção de servidores(as) da área de segurança pública. Para efetivá-la, exige-se a **formalização da decisão por médico(a) responsável e a avaliação do caso concreto**, demonstrada a existência de transtorno mental, esgotamento dos recursos ambulatoriais e impossibilidade da utilização de alternativas terapêuticas. **É imprescindível que sejam especificadas as medidas de atendimento extra-hospitalar que foram adotadas e os resultados eventualmente alcançados, não se admitindo a internação como modelo de primeira intervenção.** A internação, cujo término é determinado pelo(a) médico(a) responsável, deve perdurar por **no máximo 90 (noventa) dias**, garantida a possibilidade de interrupção a qualquer tempo mediante requerimento da família ou do(a) representante legal ao(à) médico(a) (art. 23-A, §§3º e 5º).

Ao final, anota-se que as internações **voluntárias e involuntárias** deverão ser informadas ao **Ministério Público** em 72 (setenta e duas) horas, assegurado o sigilo (art. 23-A, §§ 7º e 8º), adotando-se o mesmo procedimento com relação à Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias. Em vista da ausência de previsão da modalidade compulsória na Lei n. 11.343/2006, **não cabe ao órgão ministerial figurar como autor do pedido de internação em situações de uso ou dependência de drogas, considerando que deverão ser encaminhadas administrativamente.** É possível, outrossim, o ajuizamento da ação individual por leito de internação quando identificada omissão do Poder Público em disponibilizar vaga.

3.3. Internações psiquiátricas decorrentes do uso de álcool

As disposições sobre internação psiquiátrica inseridas na Lei 11.343/2006 não abarcam a dependência do álcool, visto que esta restringe sua alçada às pessoas usuárias ou dependentes de drogas ilícitas, segundo definidas por lei ou listas atualizadas pela União. Para além, as previsões do artigo 23-A da Lei 11.343/2006 não podem ser aplicadas de modo analógico ou extensivo às hipóteses de dependência do álcool. Isso porque, primeiramente, o novo regramento da Lei 13.840/2019 no campo da internação psiquiátrica se limita ao domínio da Lei 11.343/2006, isto é, pessoas usuárias ou dependentes de drogas ilícitas.

Ainda, enquanto medida de caráter excepcional e restritiva da liberdade individual, impossível empregar interpretação expansiva das normas que regem a internação psiquiátrica. De fato, a internação psiquiátrica tem como marco normativo a Lei n. 10.216/2001, de sorte que sua realização pressupõe a existência, demonstrada mediante laudo médico circunstanciado, de transtorno mental grave - no caso, decorrente do uso abusivo de álcool, incluindo a síndrome de abstinência de álcool (SAA)⁴ -, para cujo tratamento a internação se faz necessária.

Em conclusão, as internações psiquiátricas decorrentes do uso ou abuso de álcool seguem o regramento disposto na Lei n. 10.216/2001.

3.4. Internações psiquiátricas como política de atenção às pessoas em situação de rua

As Leis n. 10.216/2001 e 11.343/2006, bem como a Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017, delimitam o caráter **excepcional e temporário** da internação psiquiátrica.

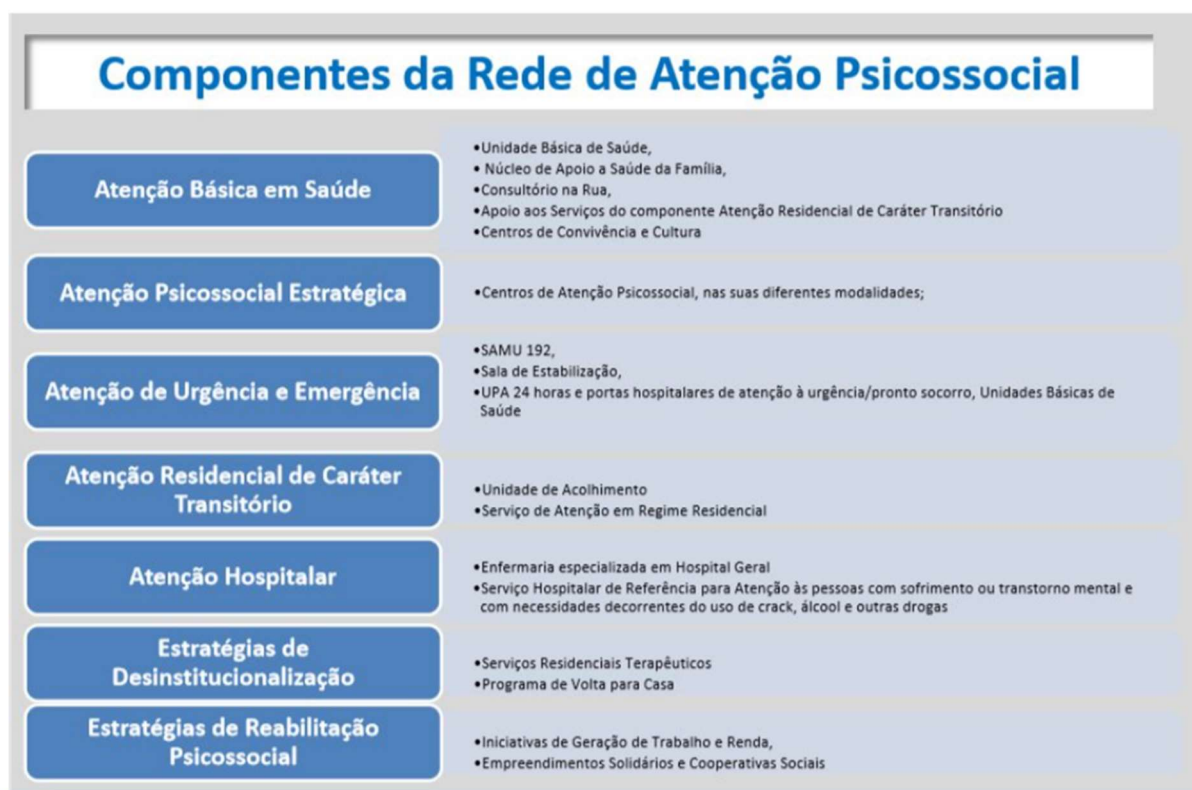
É direito do(a) paciente que o cuidado em saúde mental se dê em **benefício exclusivo da sua saúde**. Para tanto, a lei brasileira prioriza o tratamento ambulatorial e centra a assistência em saúde mental na comunidade. Isto é, prioriza o cuidado em liberdade, antiasilar, voltado ao fortalecimento da autonomia e de

⁴ <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtornos-por-uso-de-alcool-no-adulto/unidade-hospitalar/planejamento-terapeutico/>

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS E TERCEIRO SETOR

vínculos sociais e organizado pelos serviços que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Antes de focar a atenção nos equipamentos de maior aderência às demandas e necessidades das pessoas em situação de rua, oportuno observar a complexidade e estrutura da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, conforme equipamentos listados no quadro abaixo:



Dentre os componentes da RAPS, os **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)** são os dispositivos estratégicos no ordenamento territorial do cuidado em saúde mental; destaca-se, aqui, o papel dos CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) no cuidado das pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O objetivo dos CAPS é a intensificação do cuidado, oferecendo atendimento à população em seu território de abrangência, por meio do

acompanhamento clínico e da reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos⁵.

O cuidado no âmbito do CAPS é desenvolvido através do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que tem como premissa o protagonismo do usuário em seu cuidado. Como serviço de livre demanda e comunitário, os CAPS devem funcionar com “portas abertas”, acolhendo demandas espontâneas, sem necessidade estrita de encaminhamento da rede. Não obstante, é comum que, pela alta demanda de casos de saúde mental e o exíguo número de profissionais, os atendimentos sejam realizados somente com o encaminhamento da Atenção Básica, inclusive das equipes de Consultório na Rua, o que pode ocasionar agravamento de saúde em alguns casos.

As modalidades de CAPS existentes se diferenciam pelo tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais, atividades ofertadas e abrangência populacional, bem como quanto à especificidade da demanda (criança e adolescente, usuários de álcool e outras drogas e transtornos psicóticos e neuróticos graves).

O art. 7º, Título I, do Anexo V, da Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017, informa a sua organização nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD (álcool e drogas) e CAPS i (infanto-juvenil), conforme o público-alvo e a densidade populacional. Com papel destacado na atenção às pessoas em situação de rua estão os seguintes:

CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de 15.000 habitantes;

⁵ BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/manual-de-caps/2874-manual-de-caps/file>. Acesso em 09 ago. 2021.

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS E TERCEIRO SETOR

CAPS II: atende pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de 70.000 habitantes;

CAPS III: atende pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de 150.000 habitantes;

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 70.000 habitantes;

CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de 150.000 habitantes;

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS E TERCEIRO SETOR

A composição das equipes deve ser multidisciplinar e de caráter transdisciplinar, ou seja, deve congrega profissionais de diferentes áreas, variando em função da finalidade do serviço⁶.

De acordo com a Deliberação n. 002/CIB/2024⁷ (art. 6º), o incentivo estadual para implementação destina-se exclusivamente aos CAPS I na modalidade microrregional, que atenda a um ou mais municípios, no valor de R\$ 120.000,00 (cento e vinte mil reais), divididos em 6 (seis) parcelas de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) mensais. A liberação do recurso fica condicionada à publicação da portaria de implantação do MS.

Em relação ao recurso de custeio estadual, o incentivo mensal das equipes do CAPS I Microrregional após a liberação da portaria de habilitação do Ministério da Saúde tem o valor mensal de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) (art. 5º).

A Portaria de Consolidação GM/MS n. 6/2017 indica os valores de financiamento/custeio federal para Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O valor dos incentivos financeiros a serem destinados pelo Ministério da Saúde para o financiamento da construção dos CAPS varia de acordo com a modalidade de cada estabelecimento (art. 980):

Modalidade CAPS	Incentivo financeiro para construção de CAPS
CAPS I, II, i e AD	R\$800.000,00 (oitocentos mil reais)
CAPS AD III	R\$1.000.000,00 (um milhão de reais)
CAPS III	R\$1.000.000,00 (um milhão de reais)

Do recurso de incentivo financeiro para implantação de CAPS, tem-se:

Modalidade CAPS	Incentivo financeiro para implementação de CAPS
CAPS I	R\$20.000,00 (vinte mil reais)
CAPS II	R\$30.000,00 (trinta mil reais)
CAPSi	R\$30.000,00 (trinta mil reais)

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: equipes de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf

⁷ Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2024-cib/22628-002-08-02-cofinanciamento-estadual-da-atencao-primaria-a-saude/file>. Acesso em 29/2/2024.

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS E TERCEIRO SETOR

CAPS III	R\$50.000,00 (cinquenta mil reais)
CAPS AD	R\$50.000,00 (cinquenta mil reais)

Do recurso financeiro mensal de custeio fixo para os CAPS credenciados pelo Ministério da Saúde (Reajustados por meio da Portarias GM/MS n. 660, de 3 de julho de 2023):

Modalidade CAPS	Incentivo financeiro fixo para custeio de CAPS
CAPS I	R\$ 35.978,00 (trinta e cinco mil e novecentos e setenta e oito reais)
CAPS II	R\$ 42.056,00 (quarenta e dois mil e cinquenta e seis reais)
CAPSi	R\$ 40.840,00 (quarenta mil e oitocentos e quarenta reais)
CAPS III	R\$ 106.943,00 (cento e seis mil e novecentos e quarenta e três reais)
CAPS AD	R\$ 50.564,00 (cinquenta mil e quinhentos e sessenta e quatro reais)
CAPS AD III	R\$ 133.466,00 (cento e trinta e três mil e quatrocentos e sessenta e seis reais)

Também importante no cuidado dessa população é o serviço residencial oferecido pelas **Unidades de Acolhimento (UAs)** (art. 114 e 115 da Resolução n. 40/2020/CNDH). A Unidade de Acolhimento tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos a pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias de ambos os gêneros que se encontram em situação de vulnerabilidade social e familiar (laços inexistentes ou fragilizados) e que demandem acompanhamento terapêutico protetivo de caráter transitório, com tempo e permanência de **até seis meses**.

As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades: Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), destinados a pessoas maiores de dezoito anos que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, e Unidade de

Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI), destinadas a adolescentes e jovens de 12 a 18 anos incompletos.

Os serviços da Unidade de Acolhimento funcionam de forma articulada com a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários e com o Centro de Atenção Psicossocial, responsável, por sua vez, pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante esse período e pelo planejamento conjunto da saída do serviço. O CAPS também é responsável pelo seguimento do cuidado após a saída, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

A Unidade de Acolhimento poderá ser constituída como unidade pública ou em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos, sendo que a **Unidade de Acolhimento Adulto** deverá ser referência para Municípios ou regiões com população igual ou superior de 200.000 (duzentos mil) habitantes, ao passo que a **Unidade de Acolhimento Infantojuvenil** será referência para Municípios ou região com população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes (poderá ser implantada 1 UA em Município ou região que contabilizem de 2.500 a 5.000 crianças e adolescentes em risco para uso de drogas), conforme previsto nos arts. 44, 46 e 48 do Anexo V da Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017.

A RAPS, ademais, dispõe de pontos de atenção de urgência e emergência e atenção hospitalar, respeitado o caráter excepcional da internação, como já afirmado⁸. Vale pontuar que as Comunidades Terapêuticas não podem realizar internações, apenas acolhimentos voluntários, e não são locais adequados para receber pessoas em situação de rua com transtornos mentais que demandem cuidados de saúde, como expresso no art. 23-A, § 9º, da Lei n. 11.343/2006, com as alterações promovidas pela Lei n. 13.840/2019.

No cuidado específico da população em situação de rua com ou sem transtornos mentais e/ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tem papel fundamental a estratégia **Consultórios na Rua (eCR)**. A eCR é o componente da Atenção Primária em Saúde responsável pelo contato inicial e pela oferta de atenção integral frente às necessidades de saúde dessa população. Conforme prescrevem os artigos 2º a 6º, Capítulo 1, Anexo XVI, da Portaria de

⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Parecer Técnico n. 3/2024 CGDDH/DESMAD/SAES/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

Consolidação MS/GM n. 2/2017, atuam de forma itinerante e *in loco*, realizando busca ativa das pessoas que necessitam de atendimento. Em municípios que não possuem eCR, a atenção em saúde à população em situação de rua deve ser prestada pelas demais equipes da Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e/ou outras equipes Multiprofissionais).⁹

Para além da RAPS, o cuidado da população em situação de rua deve ser articulado com os serviços de assistência social, a fim de promover uma atuação coordenada e capaz de responder às múltiplas e específicas demandas dessa população (art. 7º, inc. X, Decreto n. 7.053/2009). A esse respeito, o Supremo Tribunal Federal, em sede de medida cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n. 976, prescreveu aos municípios a formulação de um protocolo intersetorial de atendimento na rede pública de saúde para a população em situação de rua¹⁰.

Ainda, faz-se necessária a capacitação de profissionais e gestores nas ações relacionadas a essa população. É esta também a posição do Conselho Nacional de Direitos Humanos, que nos arts. 109, 111, 113 e 118 da Resolução n. 40/2020¹¹ prevê a atuação intersetorial da RAPS na atenção à população em situação de rua e a capacitação permanente de seus profissionais.

Na linha da excepcionalidade da internação psiquiátrica, considerada apenas em situação de urgência, quando insuficientes os recursos extra-hospitalares, vale observar que a insuficiência a que se refere o art. 4º da Lei n. 10.216/2001 é terapêutica. Não se trata de insuficiência por ausência de oferta de política pública mínima de cuidado em liberdade. Em outras palavras, não há esgotamento dos meios de cuidado em liberdade quando esses equipamentos, em especial os CAPS e os Consultórios na Rua, são inexistentes, desestruturados ou insuficientes. Quando não se ofertou os meios de cuidado em liberdade previstos nas políticas públicas de saúde e assistência social. Quando não houver inafastável necessidade clínica em benefício

⁹ *Ibid.*

Ver também: BRASIL. Ministério da Saúde. [Política Nacional de Atenção Básica](#). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. pp. 62-64.

¹⁰ Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n. 976. Min. Relator Alexandre de Moraes. Tribunal Pleno, julgado em 22/8/2023.

¹¹ Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/copy_of_Resolucao40.pdf. Acesso em: 22/2/2024.

do usuário. **A hospitalização não pode ser uma necessidade criada pela insuficiência estatal em implementar os serviços de cuidado em liberdade**, seja porque impõe indevida interferência no direito fundamental à liberdade do usuário, cujo direito à saúde é vulnerado nesse mesmo contexto, seja porque não atinge os resultados de recuperação do sujeito, principalmente quando o foco é única e exclusivamente um grupo populacional específico, como no caso das pessoas em situação de rua, evidenciando flagrante discriminação que não se sustenta no aparato da lei e das políticas públicas que permeiam a atenção em saúde no Brasil.

Em conclusão, a lei brasileira subscreve-se a um modelo antiasilar de atenção em saúde mental. Permite, então, a internação psiquiátrica de pessoas em situação de rua, assim como de quaisquer pessoas com doenças ou transtornos mentais, apenas como estratégia inserida na RAPS, restrita a situações excepcionais e delimitada temporalmente. A primazia assistencial a essa população recai sobre equipamentos de saúde comunitários - Consultórios na Rua, CAPS e UAs, em especial - articulados entre si e com outros setores. **A internação psiquiátrica não pode, portanto, ser implementada como centro da política pública de atenção a pessoas em situação de rua com transtornos mentais e/ou usuárias de álcool e drogas.**

3.5. Comunidades Terapêuticas

De início, importa diferenciar as Comunidades Terapêuticas **com serviço de saúde** e aquelas **de interesse à saúde**. As primeiras, chamadas Comunidades Terapêuticas Médicas, oferecem cuidados de saúde, isto é, executam procedimentos exclusivos de categorias profissionais de saúde, tendo as terapêuticas psiquiátricas como seu principal instrumento. Devem, por isso, obedecer às RDC n. 50/2002/ANVISA, n. 63/2011/ANVISA, n. 36/2013/ANVISA e n. 222/2018/ANVISA, à Resolução 2.507/2013/CFM, e demais normas referentes a estabelecimentos de saúde. **Não se tem registro dessa categoria de Comunidade Terapêutica em Santa Catarina.**

Desde o ano de 2011, por meio da Portaria MS/GM n. 3.088, tais Comunidades Terapêuticas estão integradas à RAPS como pontos de atenção dos

Serviços de Atenção em Regime Residencial, em dispositivo atualmente assimilado pelo artigo 9º, inc. II, Anexo V, da **Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017**. Conforme a normativa, se destinam a oferecer cuidados de saúde contínuos de caráter residencial transitório por até nove meses para pacientes maiores de 18 anos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Por outro lado, as **Comunidades Terapêuticas de interesse à saúde**, também denominadas “acolhedoras” ou “simples”, não constituem estabelecimentos de saúde e, portanto, não integram a política pública de saúde. Na sua definição e regulamentação, é fundamental a **Resolução n. 1/2015/MJ/CONAD**, que as caracteriza como entidades sem fins lucrativos de adesão e permanência voluntárias em regime de residência transitória. Nesses termos, as Comunidades Terapêuticas devem atender pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, conforme avaliação diagnóstica prévia realizada por profissional habilitado. Devem também oferecer programa de acolhimento, fundamentado em **plano de atendimento singular e na convivência entre os pares**.

Por sua vez, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) instituiu a **RDC n. 29/2011**, que fixa requisitos mínimos de segurança sanitária para o funcionamento de Comunidades Terapêuticas, recentemente especificados pela Nota Técnica n. 2/2020/CSIPS/GGTES/ANVISA. Tal documento, entre outras determinações, esclarece que as Comunidades Terapêuticas, no escopo da mencionada RDC, não são consideradas estabelecimentos de saúde. Isso porque nas Comunidades predomina a convivência entre os pares como instrumento terapêutico e terapêuticas psiquiátricas, a exemplo da internação, não podem ser empregadas. Corroboram esse entendimento a **Resolução n. 2.507/2013** e o **Parecer n. 9/2015**, por meio dos quais o Conselho Federal de Medicina recusa a caracterização das Comunidades Terapêuticas, conforme definidas pela RDC n. 29/2011/ANVISA, como um serviço psiquiátrico ou um ambiente médico. Sob tal fundamento, **veda-se a realização ou indicação médica de internação compulsória ou involuntária, bem como de contenção química ou mecânica nessas instituições**.

Nessa mesma esteira, a **Lei n. 13.840/2019** promoveu alterações na Lei n. 11.343/2006, entre as quais consta a expressa vedação da “realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras” (art. 23-A, § 9º). Ademais, a Lei reafirma o caráter voluntário e transitório das Comunidades Terapêuticas - inclusive com adesão e permanência formalizadas por escrito -, além de fazer menção à avaliação médica prévia, à vedação a isolamento físico e à oferta de projeto terapêutico individual que vise à abstinência.

De mais a mais, no âmbito do estado de Santa Catarina, a **Deliberação n. 143/2021**, editada pela Comissão Intergestores Bipartite, organiza o acesso regulado a vagas contratadas e custeadas pela Secretaria de Estado da Saúde nas Comunidades Terapêuticas. A normativa impõe a essas entidades observar os princípios e diretrizes do SUS, cumprir as obrigações previstas em contrato firmado com a SES e integrarem-se às redes de atenção à saúde locais, a partir da comunicação do acolhimento à gestão de saúde do município sede e daquele de origem da pessoa acolhida. Ainda, estabelece o período máximo de seis meses para acolhimento nessas instituições, prorrogável por três meses, mediante parecer da equipe técnica responsável (art. 6º). Para além, o [Edital n. 1495/SES/2022](#) regula a contratação de Comunidades Terapêuticas para o acolhimento de usuários do SUS no estado.

O estado de Santa Catarina conta com um número expressivo de Comunidades Terapêuticas: este Centro de Apoio Operacional da Saúde Pública identificou **141 entidades**. Estima-se que o total seja ainda maior, se contabilizadas as situações de informalidade. Dado que tais Comunidades Terapêuticas não fazem parte da RAPS e, em sua maior parte, se localizam em áreas remotas, o acompanhamento de suas atividades por órgãos públicos se mostra desafiador. Nesse contexto, destaca-se a relevância da atuação, judicial e/ou extrajudicial, do **Ministério Público** na defesa dos direitos das pessoas acolhidas nessas instituições. Diante desse cenário, o Centro de Apoio Operacional da Saúde Pública, em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde e outros órgãos públicos, estabeleceu um programa interinstitucional de fiscalização às Comunidades Terapêuticas do estado, tendo em vista verificar o cumprimento das normas que regulam a sua atuação. Por

fim, importa mencionar a Portaria MDS n. 926/2023, que institui diretrizes nacionais para fiscalização de Comunidades Terapêuticas contratualizadas por aquela pasta.

4. CONCLUSÃO E SUGESTÕES DE ATUAÇÃO

Desse modo, considerando tudo quanto exposto, com base nos preceitos da Constituição Federal, do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, das Leis Federais n. 8.080/1990, 8.742/1993, 10.216/2001, e 11.343/2006 (com as alterações promovidas pela Lei n. 13.840/2019), da Resolução n. 40/2020/CNDH, do Decreto n. 7.053/2009, da Resolução n. 425/2021 do CNJ e da Decisão do Supremo Tribunal Federal na ADPF n. 976, **são medidas passíveis de cobrança dos Municípios:**

1. Criação de Comitês Gestores Intersetoriais para o acompanhamento da política para o atendimento das pessoas em situação de rua¹²;
2. Elaboração de diagnóstico municipal pormenorizado a respeito das pessoas em situação de rua, o qual diferencia-se da realização de um Censo (contagem do número de pessoas em situação de rua e listagem dos serviços existente), devendo seguir os objetivos e diretrizes dispostos nas normativas nacionais¹³;
3. Elaboração de instrumento de planejamento municipal para o atendimento das pessoas em situação de rua¹⁴;
4. Estruturação das Redes Socioassistencial e de Saúde de acordo com o porte e a demanda do Município. Em havendo interesse dos Órgãos de Execução, os Centros de Apoio Operacional dos Direitos Humanos e Terceiro Setor (CDH) e da Saúde Pública (CSP) estão à disposição para auxiliar na coleta de dados quanto às referidas redes municipais;
5. O aprimoramento do atendimento em saúde, incluindo o acesso e o acolhimento nos serviços de saúde e o atendimento integral em saúde mental por equipe

¹² Haverá suporte e orientação por parte da Federação Catarinense dos Municípios quanto à criação dos Comitês intermunicipais.

¹³ Haverá suporte e orientação por parte da Federação Catarinense dos Municípios quanto à elaboração de diagnóstico municipal.

¹⁴ Haverá suporte e orientação por parte da Federação Catarinense dos Municípios quanto à elaboração do referido instrumento municipal.

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS E TERCEIRO SETOR

multiprofissional (Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua);

6. Ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial como forma de garantir a atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. Nesse aspecto, as iniciativas do **Programa Saúde Mental em Rede** podem ser acionadas para apoio ao Órgão de Execução;
7. Existência, composição da equipe, estruturação e dimensionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR), conforme parâmetros normativos¹⁵;
8. Existência, composição da equipe, estruturação e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, conforme parâmetros normativos¹⁶;
9. Existência, composição da equipe, estruturação e funcionamento de Unidades de Saúde de Acolhimento adulto e infantojuvenil¹⁷, conforme parâmetros normativos¹⁸;
10. Existência, estruturação e funcionamento de Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais para pessoas com transtornos mentais (art. 12 do Anexo V da Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017);
11. Planejamento e execução de uma política de saúde mental que preze pelo cuidado em liberdade como diretriz¹⁹;
12. Realizar o internamento em saúde mental apenas como medida excepcional, ou seja, quando os demais recursos se mostrarem insuficientes. Afastar sua utilização enquanto ação ordenadora do cuidado em saúde mental ou tendo como

¹⁵ É indicada, no mínimo, uma equipe para os municípios com mais de 100 mil habitantes ou mais de 80 pessoas em situação de rua registradas (art. 13 do Anexo XVI da Portaria de Consolidação MS/GM n. 2/2017).

¹⁶ É prevista a implementação de CAPS I por municípios com mais de 15 mil habitantes; CAPS AD por municípios com mais de 70 mil habitantes, CAPS AD III por municípios com mais de 150 mil habitantes e CAPS I microrregional por municípios com menos de 15 mil habitantes consorciados (art. 7º do Anexo V da Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017).

¹⁷ Art. 43. A Unidade de Acolhimento poderá ser constituída por Estados, por Municípios e pelo Distrito Federal, como unidade pública ou em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos, atendidas as exigências estabelecidas nesta Seção. (Anexo V da Portaria de Consolidação n. 3/2017)

¹⁸ As Unidades de Acolhimento Adulto deverão ser referência para Municípios ou regiões com população igual ou superior de 200 mil habitantes e as Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil para Municípios ou região com população igual ou superior a 100 mil habitantes (arts. 46 e 48 do Anexo V da Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017).

¹⁹ Art. 2º. Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

motivo o local de moradia de uma pessoa (Parecer Técnico nº 3/2024-CGDDH/DESMAD/SAES/MS);

13. Quando efetivamente constatada a necessidade de internamento, considerar o Plano Terapêutico Singular do indivíduo e ter “como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”, e, em hipótese alguma, realizar “a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares” (respectivamente, art. 4º, §§ 1º e 3º, da Lei n. 10.216/2001), como o são as Comunidades Terapêuticas²⁰. Para apoiar as medidas nesse particular, os Órgãos de Execução podem acionar a iniciativa de vistoria de Comunidades Terapêuticas desenvolvida no âmbito do Programa Saúde Mental em Rede;

14. Efetivação das determinações da ADPF 976, nos seguintes termos:

- a. No âmbito dos acolhimentos institucionais socioassistenciais existentes, efetivar medidas que garantam a dignidade e a segurança pessoal e dos bens das pessoas em situação de rua, assegurar a realização de inspeção periódica e disponibilizar o apoio das vigilâncias sanitárias para garantir acolhimento também aos animais de pessoas em situação de rua (ADPF 976);
- b. Vedar o emprego de técnicas de arquitetura hostil contra as populações em situação de rua (aporofobia), bem como efetivar o levantamento das barreiras e equipamentos que dificultam o acesso a políticas e serviços públicos, assim como mecanismos para superá-las (ADPF 976);
- c. A respeito das ações de zeladoria urbana, divulgar previamente o dia, o horário e o local em que acontecerão nos seus respectivos sites, nas instituições de acolhimento e em outros meios que permitam às pessoas em situação de rua recolherem seus pertences e que garantam a limpeza do espaço público sem conflitos. Em caso de apreensão de bem, prestar

²⁰ Conforme disposto no § 9º do art. 23-A da Lei n. 11.343/2006, “é vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras”, dado que nesses espaços a adesão e permanência são voluntárias, nos termos do art. 26-A, inc. II, da mesma Lei, podendo a inobservância desse regramento caracterizar o crime de sequestro e cárcere privado (art. 148 do Código Penal).

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS E TERCEIRO SETOR

informações claras sobre a destinação, o local de armazenamento e o procedimento para sua recuperação. É proibido o recolhimento forçado de bens e a remoção e o transporte compulsório de pessoas em situação de rua (ADPF 976);

- d. Promover a capacitação dos agentes com vistas ao tratamento digno da população em situação de rua, informando-os sobre as instâncias de responsabilização penal e administrativa e, nas ações de grande porte, determinar a participação de agentes de serviço social e saúde. Quanto à participação da segurança pública nas abordagens sociais, assegurar que tenha como finalidade a proteção das pessoas envolvidas na ação, com destaque àquelas que estão em situação de rua (ADPF 976);
- e. Garantir a existência de bagageiros para as pessoas em situação de rua guardarem seus pertences (ADPF 976);
- f. Disponibilizar bebedouros, banheiros públicos, lavanderias sociais de fácil acesso e itens de higiene básica para população em situação de rua (ADPF 976);
- g. Realizar periodicamente mutirões da cidadania para a regularização de documentação, inscrição em cadastros governamentais e inclusão em políticas públicas existentes, bem como fortalecer políticas de moradia, trabalho, renda, educação e cultura para as pessoas em situação de rua (ADPF 976);
- h. Criar programa de enfrentamento e prevenção à violência que atinge a população em situação de rua (ADPF 976);
- i. Formular protocolo intersetorial de atendimento na rede pública de saúde para a população em situação de rua. Em se tratando especificamente das equipes da RAPS, elaborar programas de prevenção de suicídio junto à população em situação de rua (ADPF 976);
- j. Por parte da defesa civil, disponibilizar e divulgar amplamente alertas meteorológicos para a previsão das ondas de frio com a

**CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS E TERCEIRO SETOR**

máxima antecedência e a prevenção de seus impactos na população em situação de rua, bem como disponibilizar barracas com estrutura mínima compatível com a dignidade da pessoa humana nos locais nos quais não há número de vagas suficiente (ADPF 976);

- k. Elaborar programas educacionais e de conscientização pública sobre a aporofobia e sobre a população em situação de rua (ADPF 976).

Respeitada a independência funcional, sugere-se que a presente Nota Técnica seja adotada como parâmetro de atuação pelas Promotorias de Justiça do Estado de Santa Catarina na implementação das Políticas Municipais de Atenção às Pessoas em Situação de.

Remeta-se, para conhecimento, por e-mail cópia do presente aos Membros do Ministério Público Catarinense, bem como publique-se na intranet.

Florianópolis, 31 de maio de 2024.

ANA LUISA DE
MIRANDA BENDER
SCHLICHTING:060
58827973

Assinado digitalmente por ANA LUISA DE
MIRANDA BENDER SCHLICHTING:06058827973
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=AC SOLUTI Multipla
v5, OU=20.18175000176, OU=Presencial, OU=Certificado PF A3, CN=ANA LUISA DE MIRANDA
BENDER SCHLICHTING:06058827973
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2024.05.31 15:14:03:00
Foxit PDF Reader Versão: 12.1.2

[assinado digitalmente]

Ana Luisa de Miranda Bender Schlichting
Promotora de Justiça
Coordenador do CDH

DOUGLAS ROBERTO
MARTINS:008650759
13

Assinado digitalmente por DOUGLAS ROBERTO
MARTINS:00865075913
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=AC SOLUTI Multipla v5, OU=20.18175000176, OU=Videoconferencia, OU=Certificado PF A3, CN=DOUGLAS ROBERTO
MARTINS:00865075913
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2024.06.31 15:15:41:03:00
Foxit PDF Reader Versão: 12.1.2

[assinado digitalmente]

Douglas Roberto Martins
Promotor de Justiça
Coordenador do CSP