

*Projeto Saúde*  
**MENTAL**

---

CORREGEDORIA-GERAL  
DA JUSTIÇA DE SC  
2016 - 2017



# Sumário



<b>Introdução</b> - Aspectos práticos sobre a atenção à saúde mental conferida às crianças e aos Adolescentes.....	<b>3</b>
<b>1.</b> Quais as premissas legais de enfrentamento das questões envoltas à saúde mental de criança e adolescente?.....	<b>5</b>
<b>2.</b> Que modelo foi adotado pela Lei n. 10.216/2001 no atendimento a portadores de patologia mental?.....	<b>6</b>
<b>3.</b> Quais as modalidades de INTERNAÇÃO, segundo a Lei n. 10.216/2001.....	<b>7</b>
<b>4.</b> Como proceder nas situações em que, apesar da concordância escrita do paciente e ou consentimento de algum membro da sua família, e de haver laudo médico, não se consegue vaga na rede pública para internação?.....	<b>9</b>
<b>5.</b> É necessária internação compulsória na hipótese de resistência do paciente à internação requerida por algum dos seus familiares?.....	<b>11</b>
<b>6.</b> Quais aspectos merecem destaque quando se fala de internação?.....	<b>12</b>
<b>7.</b> É possível internar crianças e adolescentes portadores de transtorno mental? Em que tipo de estabelecimento?.....	<b>13</b>
<b>8.</b> De que forma ocorre a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes?.....	<b>16</b>
<b>9.</b> O que deve ser observado quando se interna uma criança ou adolescente para tratamento psiquiátrico?.....	<b>19</b>
<b>10.</b> A quem cabe atender crianças e/ou adolescentes com quadro mental severo/ totalmente dependentes de cuidados?.....	<b>21</b>
<b>11.</b> O que fazer quando a criança, ou o adolescente, está em surto e a entidade de acolhimento busca orientação?.....	<b>25</b>
<b>12.</b> O que fazer quando a criança ou o adolescente é dependente químico e está em vulnerabilidade social?.....	<b>26</b>
<b>13.</b> O que fazer diante das situações de adolescentes em conflito com a lei que apresentam sofrimento psíquico e ou problemas psiquiátricos?.....	<b>29</b>
<b>14.</b> As Comunidades Terapêuticas podem receber adolescentes?.....	<b>34</b>

# *Aspectos práticos sobre a atenção à Saúde Mental Conferida às Crianças e aos Adolescentes*

## **INTRODUÇÃO**

A importância de conhecer a rede de atenção psicossocial (RAPS), idealizada nas diversas normativas vigentes, constitui o primeiro passo para averiguar quais serviços são ofertados pela rede municipal à população, sua conformação aos pressupostos de atuação, com o levantamento daqueles serviços que precisariam estar disponíveis para fazer frente às demandas usuais da comarca.

Não raro, os equipamentos previstos não são ofertados pela rede pública ou, quando existentes, funcionam de modo precário, isto é, com inobservância dos regramentos vigentes, ou, ainda, sem condições de suportar o volume de demandas em saúde mental.

Esse cenário crítico tem ocasionado enorme desassossego no desempenho da função jurisdicional, notadamente quando a solução jurídica perpassa pela eficácia do tratamento terapêutico a ser disponibilizado pela rede (RAPS).

Na área da infância e juventude, as medidas de proteção aplicáveis aos jovens portadores de transtornos mentais, deficientes e dependentes químicos devem considerar a condição peculiar de serem eles pessoas em desenvolvimento; a primazia no tratamento especializado de saúde; a manutenção deles no



ambiente familiar e comunitário, com ações de fortalecimento e ou resgate desse vínculo, caso indispensável a colocação em instituição de internação ou residencial de caráter transitório.

Sabidamente, há casos em que o vínculo familiar sofreu ruptura e esses jovens estão em programas de acolhimento institucional, as intercorrências psiquiátricas são identificadas nesses espaços ou em Centros de Atendimento Socioeducativo (CASE/CASEP) por ocasião da aplicação de medidas socioeducativas. Enfim, vasto é o repertório de situações submetidas aos magistrados, cuja complexidade faz aportar a veiculação de pedidos de apoio/orientação nesta Corregedoria.

As dificuldades habituais encontradas no cotidiano forense evidenciam a necessidade de prosseguimento desse trabalho para, de forma pragmática, pontuar as indagações mais frequentes, com sugestão de alternativas de encaminhamentos que possam facilitar o serviço judiciário, sem a pretensão de exaurir a multiplicidade de hipóteses fáticas e soluções de encaminhamento, à míngua de se contemplar a gama de variáveis presentes em cada situação concreta.

Optou-se por uma abordagem no formato de perguntas e respostas como forma de dinamizar este trabalho, podendo o usuário acessar objetivamente os itens de seu interesse.

De anotar que os itens 01-06 integram orientações gerais e a partir do item 07 promove-se um recorte da temática, com especial ênfase ao trato de crianças e adolescentes.





# 1. QUAIS AS PREMISSAS LEGAIS DE ENFRENTAMENTO DAS QUESTÕES ENVOLTAS À SAÚDE MENTAL DE CRIANÇA E ADOLESCENTE?

Constituição Federal – Art. 227, § 1º, II;  
Convenção das Nações Unidas sobre Direitos da Criança (aprovada pelo Decreto Legislativo n. 28/1990 e promulgada pelo Decreto n. 99.710/1990) – arts. 23 e 25; Declaração de Caracas 1990, Carta de Princípios sobre a Proteção de Pessoas acometidas de Transtorno Mental, Convenção Interamericana sobre a eliminação de todas as formas e discriminação contra Pessoas com Deficiência 1999.  
Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069/1990) – arts. 11, § 1º, 101, incisos V e VI, e 112, § 3º;  
Lei do Sinase (Lei n. 12.594/2012) – arts. 60, inciso III, e 64;  
Lei n. 10.216/2001 (direitos das pessoas com transtornos mentais, os quais devem ser harmonizados com as normas específicas das crianças e adolescentes).





## 2. QUE MODELO FOI ADOTADO PELA LEI N. 10.216/2001 NO ATENDIMENTO A PORTADORES DE PATOLOGIA MENTAL?

O modelo legal atual não é mais o asilar (baseado na segregação, discriminação e exclusão). Aposta na inclusão do doente mental, mediante a oferta de um conjunto de serviços de saúde do próprio SUS, sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde e do Ministério da Saúde, disponíveis em meio aberto e comunitário, idealizados para que o portador da patologia receba o cuidado necessário, preservando-lhe a liberdade, o convívio familiar e social, na medida do possível; É o que preconiza o art. 23, item 1, da Convenção das Nações Unidas sobre o direito das Crianças: “Os Estados Partes reconhecem que a criança portadora de deficiências físicas ou mentais deverá desfrutar de uma vida plena e decente em condições que garantam sua dignidade, favoreçam sua autonomia e facilitem sua participação ativa em comunidade”.



### 3. QUAIS AS MODALIDADES DE INTERNAÇÃO, SEGUNDO A LEI N. 10.216/2001:

**VOLUNTÁRIA:** regra geral, tem o consentimento por escrito do paciente e necessita de laudo médico circunstanciado com indicação da internação como providência adequada ao tratamento;

**INVOLUNTÁRIA:** exceção à regra, não tem o consentimento do paciente, o qual será obrigado a ser internado por ordem de terceiros (pais, tutores, cônjuge ou companheiro, familiares, pessoas que façam parte do convívio daquela pessoa/art. 1.768 do CC), na hipótese em que o laudo médico descritivo apontar doença mental grave que coloca o paciente em risco iminente a si e a terceiros, estando comprometido seu autogoverno e autodeterminação, pois está em crise de abstinência, com sintomas de delírio e alucinações, entre outros. Há o consentimento da família que acessa a rede via Samu, emergência hospitalar, UBS/CAPS para o atendimento. O médico, diante da constatação da gravidade da situação, do risco de vida e da falta de domínio sobre a condição física e mental, elabora laudo médico circunstanciado e encaminha para a internação, visando ao bem-estar do sujeito e da comunidade. Não precisa ordem judicial, apenas que a unidade de internação comunique o Ministério Público em 72 horas. Essa comunicação deve acontecer na entrada e na saída e visa à salvaguarda da liberdade do sujeito internado.

**COMPULSÓRIA:** é, exceção à regra, deferida pelo juiz. Aplica-se





naquelas hipóteses em que não há solicitação de familiar para internação, tampouco anuência do paciente, que não tem condições de deliberar sobre sua saúde e encontra-se em situação capaz de colocar sua vida e a de terceiros em risco. Visa proteger o interesse do usuário. Pode ser postulada pelo Ministério Público ou pelo representante da área da saúde pública com a ouvida do Ministério Público. Possui caráter emergencial e temporário, com tempo de tratamento e de alta definido pelo médico responsável. Aplicável quando os recursos extra-hospitalares não lograram êxito e se ignora membro da família que possa liderar tal pedido na área da saúde.





#### 4. COMO PROCEDER NAS SITUAÇÕES EM QUE, APESAR DA CONCORDÂNCIA ESCRITA DO PACIENTE E OU CONSENTIMENTO DE ALGUM MEMBRO DA SUA FAMÍLIA, E DE HAVER LAUDO MÉDICO, NÃO SE CONSEGUE VAGA NA REDE PÚBLICA PARA INTERNAÇÃO?

Nesse caso, não se indica a utilização da internação compulsória como medida para solução desse impasse, porquanto não se discute a necessidade e a viabilidade da medida, já que há consenso do usuário ou de seu familiar. Apenas quando se revelarem impróprias as internações voluntária e involuntária, com seu fluxo direto na área da saúde, é que se poderá acenar com a utilidade/necessidade do emprego da via judicial. Não está em debate a pertinência da internação, mas a obrigação de o poder público, numa situação de prescrição médica, providenciar espaço de atendimento na rede pública ou suportar os custos do fornecimento de vaga em estabelecimento particular. A esse propósito, colaciona-se para análise o ENUNCIADO N. 01 ( 1ª Jornada de Direito da Saúde do CNJ (maio/2014)), divulgado através da Circular n. 129/2014 CGJ-SC, que reverbera a seguinte orientação: **“Nas demandas em tutela individual para internação de pacientes psiquiátricos e/ou com problema de álcool, crack e outras drogas, quando deferida obrigação de fazer contra o poder público para**





garantia de cuidado integral em saúde mental (de acordo com laudo médico e/ou projeto terapêutico elaborado por profissionais de saúde mental do SUS) não é recomendável a determinação a priori de internação psiquiátrica, tendo em vista inclusive o risco de institucionalização de pacientes por longos períodos”.





## 5. É NECESSÁRIA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NA HIPÓTESE DE RESISTÊNCIA DO PACIENTE À INTERNAÇÃO REQUERIDA POR ALGUM DOS SEUS FAMILIARES?

Conforme se viu, na internação involuntária, a resistência do paciente é esperada e previsível, pois ausente o seu consentimento. Para que seja efetivada, é suficiente a comprovada indicação médica e a presença de algum familiar que formule o pedido ou diligencie no encaminhamento do usuário à unidade básica de saúde, CAPs, hospital. Nesse ponto, cabe ao SUS providenciar a entrada do paciente, valendo-se dos agentes do Samu e da estrutura da saúde, mesmo que o paciente se revele agressivo. Portanto, não é caso de internação compulsória com intervenção judicial posto que a solução se dá na esfera administrativa da saúde.





## 6. QUAIS ASPECTOS MERECEM DESTAQUE QUANDO SE FALA DE INTERNAÇÃO?

6.1 Destaca-se que a “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (art. 4º da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001). E, ainda, do mesmo preceito legal:

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

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

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

6.2 Ainda, de acordo com o Enunciado n. 48, aprovado na II Jornada do Direito da Saúde, evento do Fórum Nacional da Saúde do CNJ: “Saúde Pública:– As altas de internação hospitalar de paciente, inclusive de idosos e toxicômanos, independem de novo pronunciamento judicial, prevalecendo o critério técnico profissional do médico”. Tal entendimento foi objeto de recomendação na Circular n. 109/2014 da CGJ/SC.





# Aspectos que envolvem Crianças e Adolescentes

## 7. É POSSÍVEL INTERNAR CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL? EM QUE TIPO DE ESTABELECIMENTO?

Sim, é possível, mas somente quando a internação for a modalidade de cuidado mais adequada para buscar a estabilização do quadro de saúde mental infantojuvenil. A internação psiquiátrica de criança e adolescente constitui medida excepcional a ser considerada somente quando eles estiverem em **risco pessoal e/ou social**, decorrente de transtorno mental e/ou do uso abusivo de substâncias psicoativas, tais como, álcool, drogas lícitas ou ilícitas, que estejam ocasionando comportamento de risco, prejudicando seu desenvolvimento e interferindo na saúde física ou mental, com consequências diretas na sua vida, nas relações sociais e familiares. Por exemplo: quando o indivíduo estiver em surto ou crise aguda grave, com comportamento agressivo consigo mesmo e com os outros ou está passando por grave crise de abstinência, por força do uso abusivo de substâncias psicoativas, situação na qual há potencial risco de suicídio, alucinações, delírios, entre outros malefícios.

Apenas o médico, através de laudo circunstanciado, poderá apontar

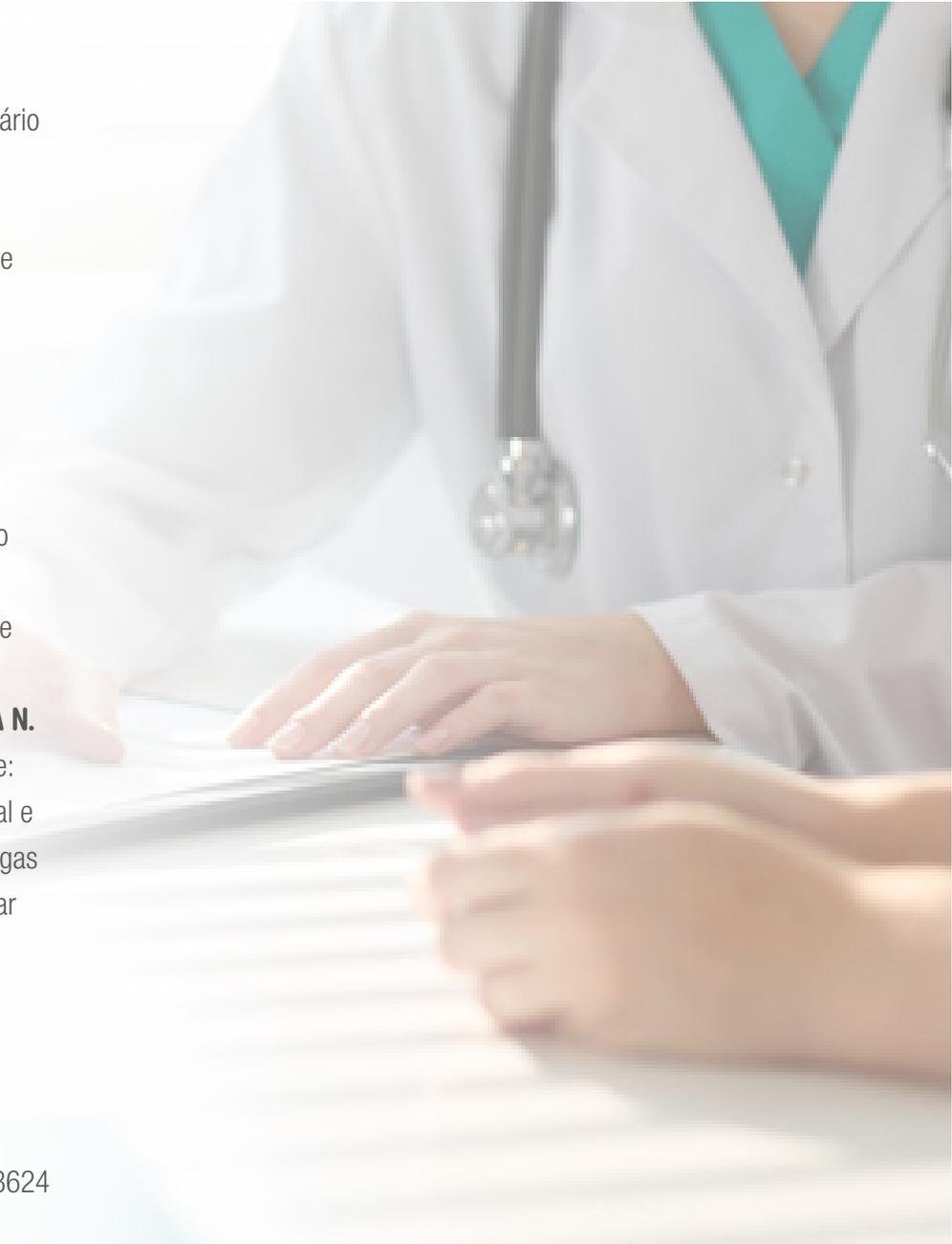


a necessidade de internação, sobretudo quando as demais formas de tratamento se revelarem ineficazes ou quando malogrados os tratamentos anteriores. Aliado ao acompanhamento médico, tal usuário recebe atendimento por equipe multidisciplinar.

De anotar que as internações psiquiátricas perdurarão pelo tempo necessário à estabilização do quadro e equilíbrio do estado de saúde da criança e adolescente. Constitui ato personalíssimo do médico responsável a definição da alta do paciente, conforme a Circular n. 109/2014, da CGJ/SC. Descabe qualquer ingerência do Judiciário na fixação do período de internação que interfira na atribuição que é da alçada exclusiva do médico. Evita-se, assim, o prolongamento da permanência em instituição hospitalar, onde há o afastamento do convívio social e familiar.

Nessa hipótese, a internação poderá ocorrer em instituição de saúde que possua leito dirigido a esta população, devendo ser garantido o direito a acompanhante, localizado em espaço próprio. A **PORTARIA N. 148 do Ministério da Saúde, de 31 de janeiro de 2012** destaca que: Os leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas destinados ao atendimento de crianças e adolescentes deverão estar sempre localizados em espaço próprio, resguardando-se o direito à permanência de acompanhante em tempo integral.

Em Santa Catarina, atualmente os únicos leitos públicos para essa população estão ofertados no **Hospital Materno – Infantil Dr. Jeser Amarante Faria** – 4 leitos psiquiátricos infanto-juvenil (Rua Araranguá, 554 – Bairro: Boa Vista – Fone: (47) 3145-1600/3481-3624



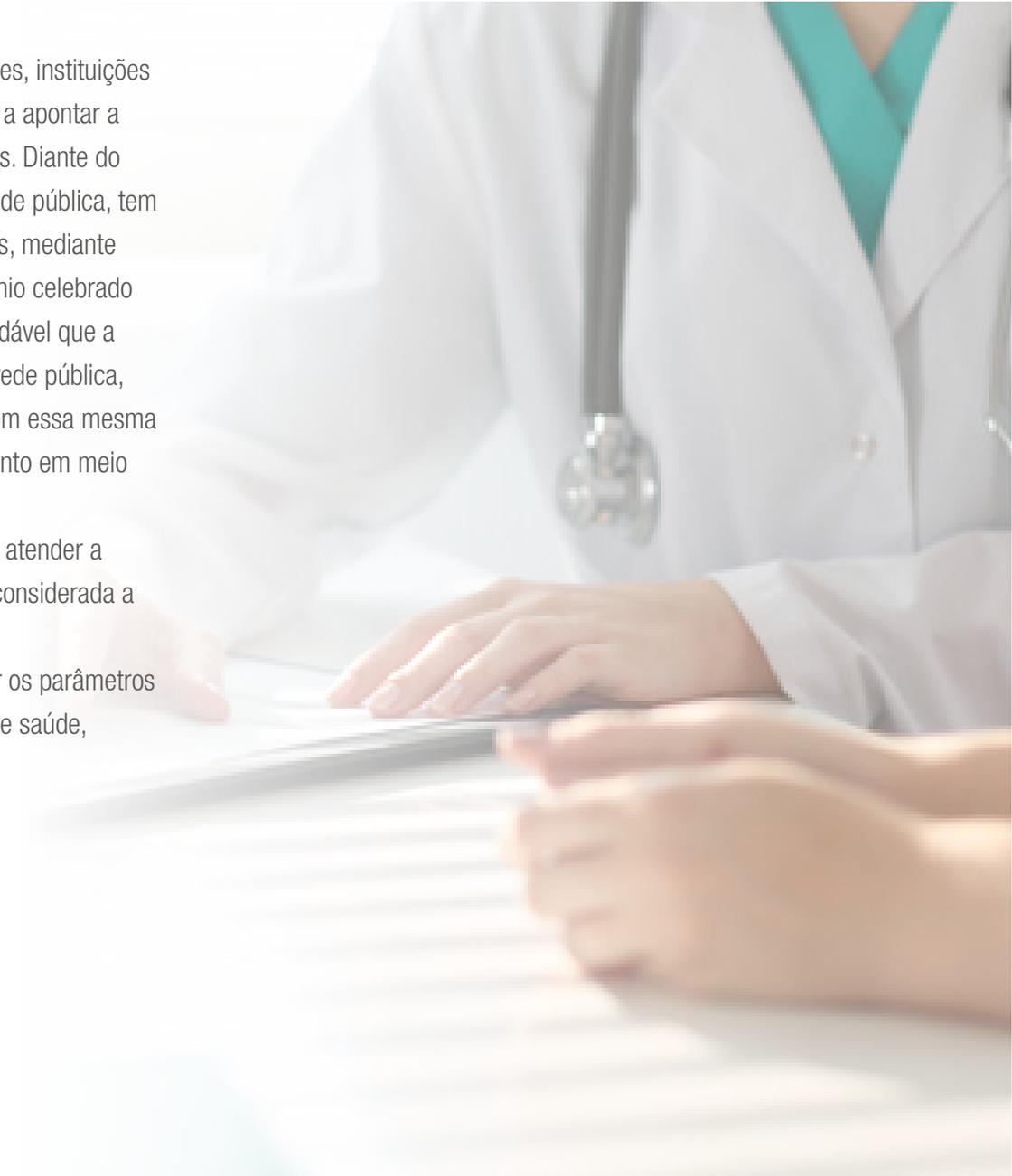


e-mail: [crrih@saude.sc.gov.br](mailto:crrih@saude.sc.gov.br)).

Há, ainda, a oferta de leitos através de clínicas particulares, instituições que devem observar a exigência de prévio laudo médico a apontar a necessidade da internação, nos moldes acima delineados. Diante do reduzido número de vagas oferecidas em hospitais da rede pública, tem sido usual a internação em estabelecimentos particulares, mediante custeio das diárias pelo município ou por meio de convênio celebrado por este ou outro ente público. Nessa situação, recomendável que a prescrição médica de internação decorra de médico da rede pública, dada a imprescindibilidade de criar e manter conexão com essa mesma rede que se encarregará de dar continuidade ao tratamento em meio ambulatorial, por ocasião da alta.

A indicação da instituição de saúde mais adequada para atender a criança deverá ser feita pela Rede Municipal de Saúde, considerada a regulação estadual do serviço.

As instituições (públicas ou particulares) devem observar os parâmetros legais norteadores das entidades que ofertam serviços de saúde, sobretudo os da Vigilância Sanitária.





## 8. DE QUE FORMA OCORRE A INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES?

Naquelas situações previstas nos incisos I, II e III do art. 98 do ECA (por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis e em razão da própria conduta) mediante requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial (101, V), pela autoridade competente que poderá ser o Conselho Tutelar (136, I, ECA), o qual, na hipótese de descumprimento injustificado das suas deliberações, poderá representar à autoridade judiciária (art. 136, III, “b”) ou ao Ministério Público.

Tendo em conta as modalidades de internação previstas na Lei n. 10.216/2001, destaca-se:

- **Internação Voluntária de Criança e Adolescente:** Incabível para crianças e adolescentes até 16 anos, dada a incapacidade civil. Ao atingir os 16 anos, poderá expressar seu consentimento mediante assistência e concordância simultânea dos pais ou representante. Em havendo qualquer contrariedade de qualquer um destes, a internação não poderá ser voluntária, mas sim involuntária ou compulsória;
- **Internação Involuntária:** medida excepcional, adotada pelos pais ou responsáveis exclusivamente para atender as situações emergenciais, em caso de risco iminente à vida, mesmo sem o consentimento da criança e do adolescente. Atinge do nascimento até 18 anos. As





situações em que a genitora coloca a sua saúde e/ou do nascituro em risco também deverão ser consideradas como emergenciais. Destaca-se que, conforme a natureza administrativa e a exigência que o caso requer, tal providência deve ser precedida por laudo médico circunstanciado e informada à Promotoria de Justiça em até 72 horas, por ocasião da entrada e saída do estabelecimento.

- **Internação Compulsória de Criança e Adolescente:** providência de exceção em que há necessidade da intervenção judicial para garantir o acesso ao tratamento já identificado como essencial, mediante laudo médico, observado o insucesso dos recursos extra-hospitalares/ambulatoriais de tratamento já aplicados, em que foi inviável obter o consentimento da criança e do adolescente, assim como de seus pais, responsáveis ou familiares.

A internação compulsória será aplicada nas situações em que há contrariedade manifesta do relativamente incapaz e/ou de seus responsáveis, assim como oposição dos responsáveis do incapaz, não obstante indicação médica da medida extrema. Faz-se então necessário o encaminhamento das providências da internação, através de procedimento judicial instaurado para esse fim (internação compulsória), garantido o direito à opinião, a manifestação do Ministério Público e, se necessário, inclusive a nomeação de curador ao paciente infantojuvenil. Tal procedimento deverá assegurar a ampla defesa e a fiscalização das condições do tratamento, com reavaliações ulteriores, inclusive, para fins de envolvimento da família que deverá ser procurada até como forma de participar das etapas do tratamento e de cuidar do paciente por ocasião da alta médica.

Cabe reiterar que a alta é ato personalíssimo do médico e, como tal, o mandado de internação compulsória deverá anotar expressamente que a liberação do paciente/requerido acontecerá no momento da alta





médica, em cumprimento à Circular n. 109/2014 da CGJ/SC. É fundamental que, no interregno da internação decretada, ocorra a articulação da rede de assistência social e saúde, compreendendo igualmente os familiares, com o objetivo de traçar um plano de ação de assistência ao paciente, a envolver equipe multidisciplinar e vários setores do município, com preparo de todos para lidar com a criança e o adolescente, suporte material, de moradia, educacional, saúde, etc. Portanto, é recomendável que a decisão de internação simultaneamente determine a mobilização dos profissionais da rede em relação à família ou a programa de acolhimento e apresente documento sobre o preparo de ações para o enfrentamento do retorno à comunidade, priorizando-se a continuidade do tratamento em meio aberto/ambulatorial. Para esse fim, nada obsta a realização de reuniões, no formato das audiências concentradas, capitaneadas pelo Judiciário ou pelo Ministério Público, para identificar os pontos de enfrentamento e as medidas hábeis à continuidade do tratamento fora do ambiente hospitalar. Na hipótese de internação em clínica particular, indispensável a solicitação pelo juízo responsável de relatórios de avaliação periódicos que motivem a manutenção e necessidade da internação, com subsídios esclarecedores acerca da estabilidade do quadro e eventuais riscos, insuficiência do tratamento ambulatorial, com prognóstico de liberação. Tal acompanhamento deve ser regular e periódico, com reforço naquelas internações ocorridas em estabelecimento sediado em Município diverso da Comarca.





## 9. O QUE DEVE SER OBSERVADO QUANDO SE INTERNA UMA CRIANÇA OU ADOLESCENTE PARA TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO?

É preciso considerar a condição peculiar desses sujeitos de direito, que ainda estão em desenvolvimento, no aspecto físico e psíquico, sua incapacidade jurídica, a diferente percepção da passagem do tempo, com redobrado empenho para o retorno desses pacientes ao convívio familiar e social no menor tempo possível para que se evite a quebra de vínculos, em atenção ao que preconiza o ECA.

Portanto, é fundamental zelar pela observância do princípio da proteção integral, com prevalência do interesse superior da criança e do adolescente, a responsabilidade parental e manutenção na família para que se evite o acolhimento e a institucionalização desses indivíduos.

De início, imperioso conhecer a real condição de saúde desses jovens, o histórico da família, a condição social, quais cuidados específicos eles necessitam, já que o operador do direito precisa de critérios técnicos para definir o encaminhamento mais adequado. Assim, a providência inicial, concomitante com as demais que considerar necessárias, deverá ser o encaminhamento para a avaliação médica e psicossocial.

A avaliação médica, que poderá culminar com indicação favorável à internação, deverá ser a mais completa possível e poderá incluir exames neurológicos, clínicos e laboratoriais. A identificação da condição de saúde do paciente é que irá nortear as medidas aplicadas, o que sabidamente demanda tempo e observação, com diagnósticos nem



sempre conclusivos num primeiro momento.

De todo modo, conhecer a patologia geradora do sofrimento mental é condição elementar para se dispensar um atendimento diferenciado ao menor, tanto no aspecto medicamentoso, caso haja prescrição, quanto na definição de rotinas claras e cuidados especializados, ou seja, o tratamento e a forma de atuação mais adequada, especificando, por exemplo, o nível de autonomia deste, a rotina necessária de atividades, os medicamentos a serem ministrados, as restrições, o quadro comportamental esperado e o modo de como lidar nas hipóteses de crise, etc. O encaminhamento deve ser solicitado inicialmente através da Rede de Saúde.

Bem de ver, outrossim, que os tratamentos para portadores de transtornos mentais com doença crônica possuem caráter contínuo, o que exige acompanhamento constante pela Rede de Saúde, a qual deverá dar suporte direto para a família ou para o serviço de acolhimento, fornecendo-lhes apoio, orientação, auxílio, inclusive com a oferta de cuidador especializado e acesso a serviços de atenção específica.

O adequado tratamento pode implicar na necessidade de fortalecimento da equipe de rede e ou do serviço de acolhimento para inclusão de técnico com capacitação específica para atuação nos cuidados a serem dispensados ao usuário atendido, com apresentação de relatórios de atendimento da equipe multiprofissional, de saúde, de forma a garantir as ações nas áreas da saúde e assistência social direcionadas a esse público infantojuvenil.

Trata-se de um trabalho que se realiza de modo intersetorial, mediante atuação cooperativa e integrada do Judiciário, do Ministério Público e do Executivo, através da rede pública de saúde e de assistência social.



## 10. A QUEM CABE ATENDER CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES COM QUADRO MENTAL SEVERO/ TOTALMENTE DEPENDENTES DE CUIDADOS?

De acordo com a Lei n. 8.069/1990, as crianças e os adolescentes devem permanecer sob os cuidados dos pais e da família.

Não há previsão legal de instituições específicas para esta faixa etária na Rede de Atenção Psicossocial nem na Assistencial, já que crianças e adolescentes devem ter assegurados seus direitos fundamentais à convivência familiar e comunitária.

Esse deve ser o escopo primeiro de qualquer intervenção judicial, ou seja, fortalecer a estrutura familiar para permitir o atendimento da criança/adolescente portadora de patologia mental na família de origem.

Nessa situação, o Judiciário pode ser importante agente mobilizador de articulação entre todos os envolvidos (rede municipal, estadual, assistencial, MP, defensoria pública) para construir e desenvolver plano de ação que contemple acompanhamento desse paciente e suporte à família, de forma que cada um dos atores cumpra o seu papel. Essa deve ser a prioridade até porque há expressa vedação legal de internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, desprovidas dos recursos mencionados no § 2º, com os direitos do parágrafo único, do art. 2º, e do § 3º do art. 4º, ambos da Lei n. 10.216/2001.

Entretanto, não há como ignorar a existência de casos excepcionais



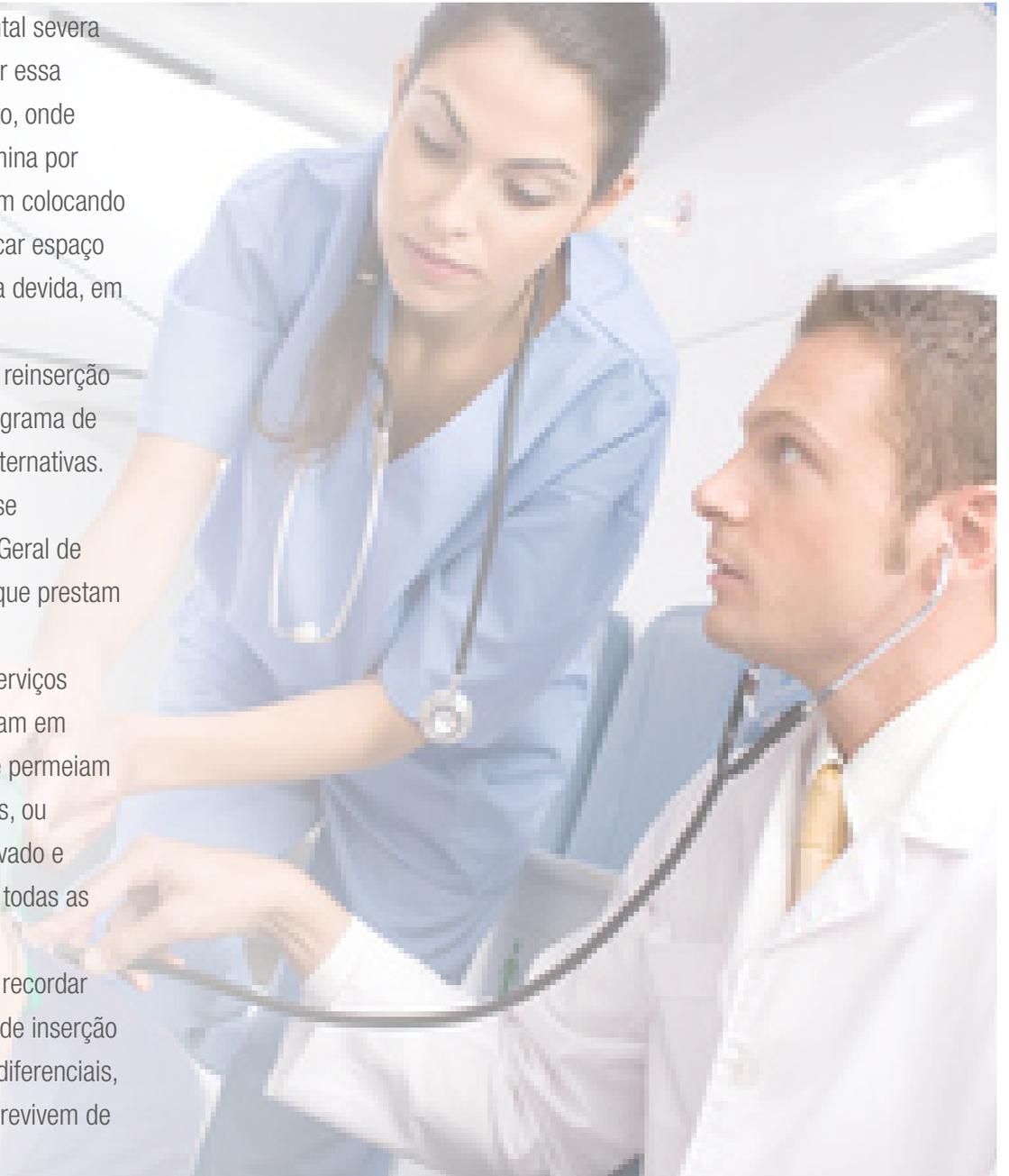


em que crianças e adolescentes, portadores de doença mental severa ou de difícil tratamento, são abandonados pela família, e, por essa circunstância, são encaminhados a programa de acolhimento, onde a difícil convivência com outros infantes e adolescentes culmina por comprometer a permanência daqueles, muitas vezes também colocando em risco os demais acolhidos. Daí a necessidade de se buscar espaço de saúde que logre estabilizar o quadro e prestar assistência devida, em caráter que está longe de transparecer passageiro.

Nesse cenário, defronta-se com uma enorme dificuldade na reinserção familiar ou colocação em família substituta ou, ainda, no programa de acolhimento familiar, sendo crucial o esgotamento dessas alternativas. Em Santa Catarina, há algumas instituições que prestam esse atendimento, e nas inspeções realizadas pela Corregedoria-Geral de Justiça, ao longo de 2016, foram identificadas 4 entidades que prestam tal atendimento, dentre elas, 2 que atendem crianças.

Resumidamente, são instituições particulares que ofertam serviços de saúde, em caráter permanente, as quais não se enquadram em nenhuma tipificação normativa. Percebe-se nelas feição que permeiam traços de clínicas psiquiátricas, com residências terapêuticas, ou residências inclusivas. Essas entidades atuam no âmbito privado e atendem em caráter residencial permanente que contempla todas as faixas etárias, incluindo crianças.

Cabe ponderar que esses locais, em alguma medida, fazem recordar as antigas instituições manicomiais, em que pese o esforço de inserção comunitária e das atividades de escolarização, entre outros diferenciais, com destaque para a circunstância de que muitas delas sobrevivem de





recursos públicos, muitos deles oriundos de determinações judiciais. Em suma, atuam quando a política pública e os serviços públicos são inoperantes e, por seu turno, a família enfrenta dificuldades para cumprir o seu papel de amparo e assistência adequada (falibilidade da rede, impossibilidade financeira de dedicação em tempo integral, constantes instabilidades que colocam todos, inclusive, o paciente em situação de risco, cronicidade da doença que possui difícil controle e demanda atenção especializada). Esses fatores, reunidos, conspiram pelo deferimento de ordem judicial, encarregada do propósito de conferir proteção à criança e ao adolescente deficiente ou portador de patologia mental em situação de abandono e, para esse fim, ordena o custeio pelo Município ou Estado de diárias mensais e medicamentos em favor do paciente, em valores mensais de monta (oscilam entre R\$ 6.000,00 e R\$ 9.000, 00) por paciente.

A situação emergencial vivenciada pelo menor, com vínculos familiares rompidos, desassistido de cuidados, torna indispensável a medida judicial extrema que busca fazer com que lhe seja dispensada toda a assistência necessária ao seu bem estar, conforme disposto na lei. Importante realçar que, em paralelo, deve-se trabalhar incessantemente a articulação da rede para a preparação da saída, o resgate do vínculo, a estrutura familiar e o apoio, quiçá inserção em família substituta, programa família acolhedora, de maneira a evitar que uma ferramenta emergencial se transforme em mecanismo de exclusão, ao contrário do apregoado no ordenamento jurídico vigente.

Importante assentar, outrossim, que os elevados custos de estadia mensal poderiam ser direcionados ao auxílio da estrutura familiar ou



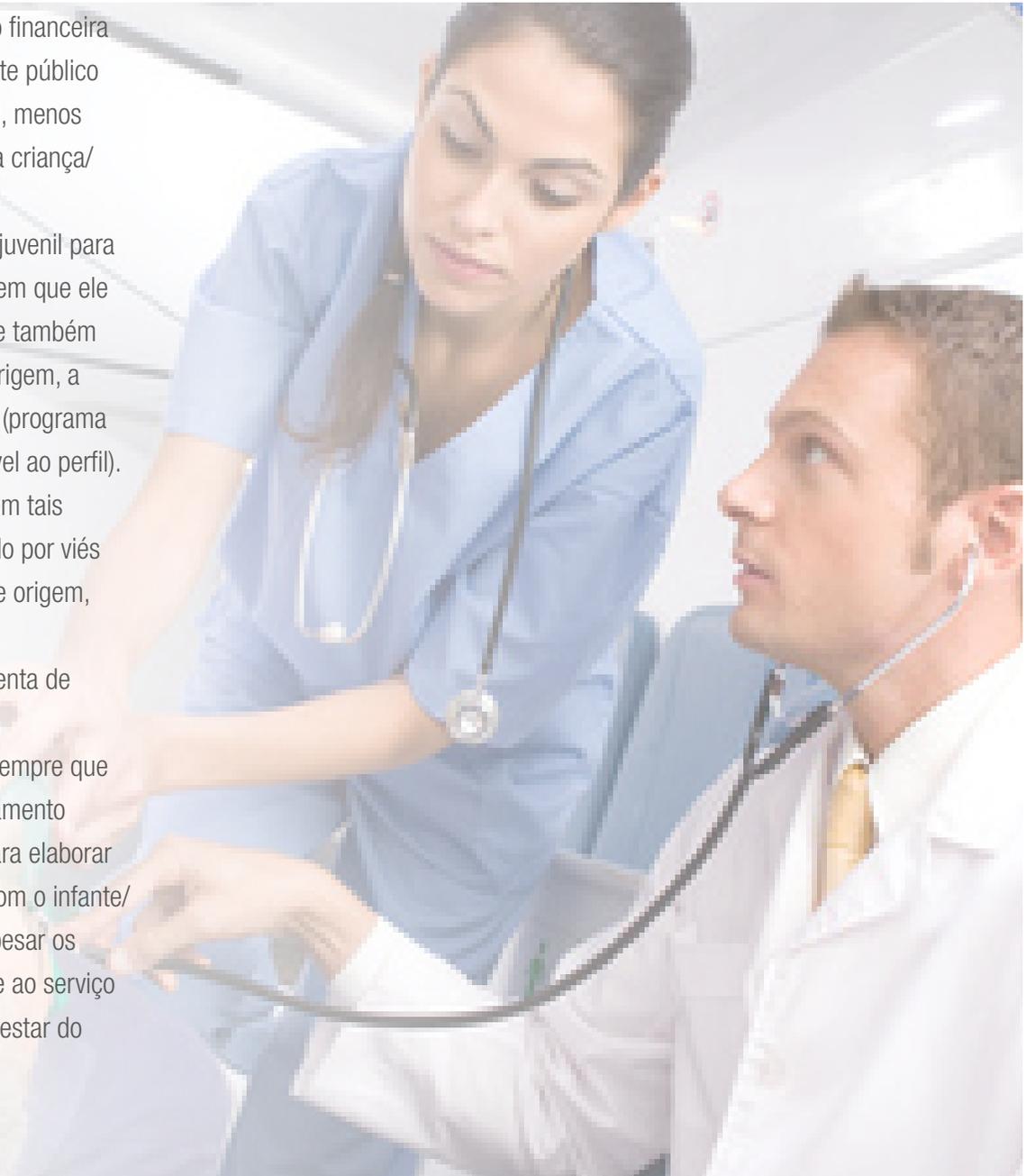


serviço de acolhimento, na própria comunidade, oneração financeira que constitui argumento estratégico na cooperação do ente público como forma de buscar outras vias de enfrentamento local, menos dispendiosas dos recursos públicos, sem a eternização da criança/adolescente nessa espécie de instituição.

Então, além do cuidado ao encaminhar o paciente infantojuvenil para essas instituições, há que se pontuar que, nas hipóteses em que ele já se encontra sob os cuidados dessas entidades, deve-se também trabalhar a retomada dos vínculos com a sua família de origem, a família extensa ou com a colocação em família substituta (programa família acolhedora ou instituição de acolhimento compatível ao perfil). Cabe ao juiz que ordenou a inserção do paciente menor em tais estabelecimentos acompanhar o tratamento, sempre tendo por viés o preparo e a interlocução voltados ao retorno à família de origem, extensa ou substituta.

A realização de audiências concentradas constitui ferramenta de planejamento estratégico para essa mobilização.

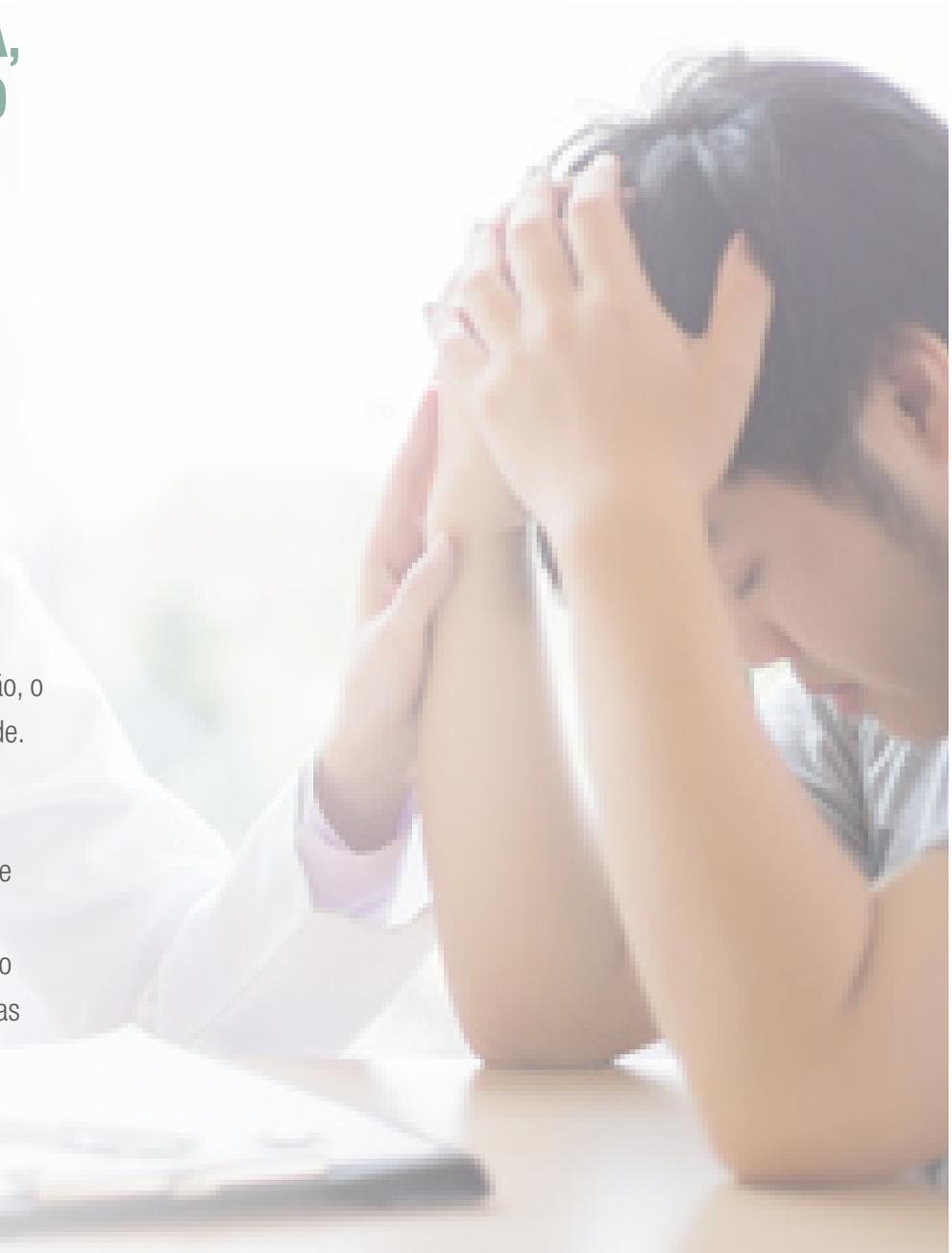
Além do mais, cumpre observar a importância de o juiz, sempre que possível, conhecer esses espaços, determinar o diligenciamento periódico de profissional da vara – oficial da infância – para elaborar relatório sobre os cuidados e os serviços desenvolvidos com o infante/adolescente e, em caso de necessidade de mudança, sopesar os efeitos da alteração da ambiência, sua necessidade frente ao serviço qualificado recebido, tendo por referência sempre o bem-estar do paciente, devidamente motivado.





## 11. O QUE FAZER QUANDO A CRIANÇA, OU O ADOLESCENTE, ESTÁ EM SURTO E A ENTIDADE DE ACOLHIMENTO BUSCA ORIENTAÇÃO?

Os procedimentos são os mesmos adotados no encaminhamento de criança/adolescente que permanece no convívio familiar, isto é, requisita-se o atendimento de urgência e emergência da RAPS, mediante Samu 192, sala de estabilização, UPA 24 horas, porta hospitalar de atenção à urgência, pronto-socorro, unidade básica de saúde, de onde serão efetuados os encaminhamentos voltados à estabilização do quadro, momento em que também poderá haver indicação médica de internação involuntária e ou compulsória, caso assim se prescreva, através de laudo circunstanciado. Nessa situação, o atendimento médico deve ser providenciado com a máxima brevidade. Cumpre destacar que a internação psiquiátrica somente poderá ser determinada pelo médico, assim como a alta, com o retorno para a entidade de acolhimento após conclusão do tratamento. É importante identificar o que causou a crise para se evitar novos fatos geradores da intercorrência, mantendo-se a estabilidade auferida no tratamento terapêutico realizado, com a continuidade deste e registro de todas as ações no PIA.





## 12. O QUE FAZER QUANDO A CRIANÇA OU O ADOLESCENTE É DEPENDENTE QUÍMICO E ESTÁ EM VULNERABILIDADE SOCIAL?

Como ocorre nas demais situações que levam a criança/adolescente a se encontrar em situação de risco (por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis e em razão da própria conduta, art. 98 do ECA), deverão aqui também ser aplicadas as medidas protetivas estabelecidas no art. 101 do ECA, assim como considerar os mesmos princípios do art. 100 do ECA.

As medidas protetivas deverão incluir aquelas relacionadas aos cuidados com a saúde devido ao uso de substâncias psicoativas e de comorbidades relacionadas, acrescidas de outras medidas que se revelarem apropriadas.

Portanto, a providência primeira é o encaminhamento para avaliação médica e psicossocial na UBS ou CAPS, onde houver, com avaliação médica da condição de saúde da criança ou do adolescente e a necessidade de tratamento, com elaboração de relatório que contenha a forma e o planejamento das ações e que evidencie a necessidade ou não de desintoxicação em leito hospitalar e indicação do local, caso se visualize a necessidade de buscar recursos diversos não oferecidos no próprio CAPS.

As instituições de saúde que poderão receber crianças e/ou



adolescentes com problemas de saúde, decorrentes do uso de substâncias psicoativas, são as previstas no RAPS, tais como os CAPSi, onde houver, ou os demais CAPS e os leitos hospitalares que recebem esse público.

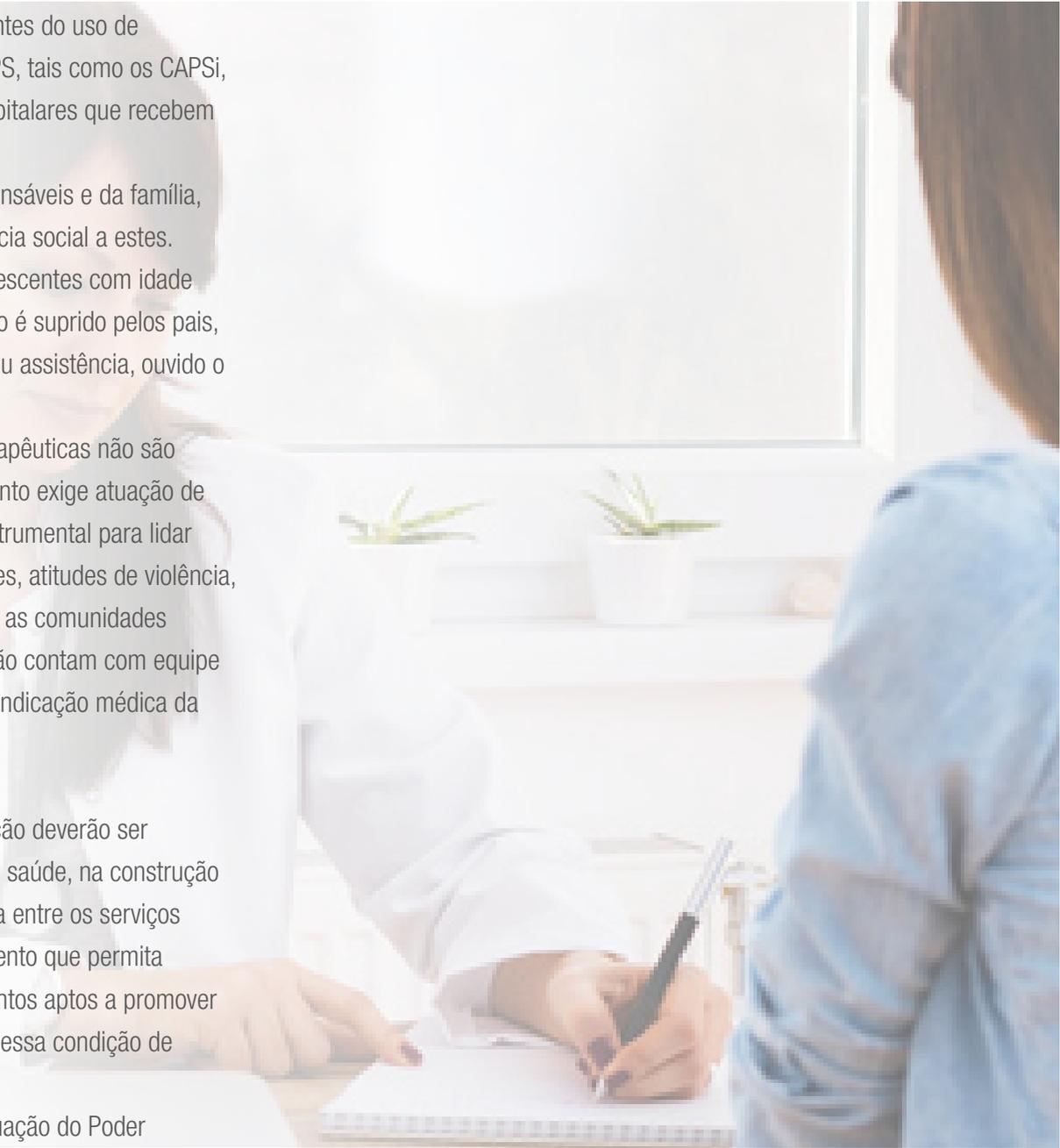
Há que se buscar o comprometimento dos responsáveis e da família, propiciando o apoio da rede de saúde e assistência social a estes.

As comunidades terapêuticas têm recebido adolescentes com idade entre 12 e 18 anos, pois o consentimento exigido é suprido pelos pais, responsáveis, familiar, mediante representação ou assistência, ouvido o menor.

Entretanto, é de atentar que as comunidades terapêuticas não são espaços adequados para desintoxicação, porquanto exige atuação de profissional médico que terá conhecimento e instrumental para lidar com as crises de abstinência, delírios, alucinações, atitudes de violência, quiçá tentativas de suicídio, situação para a qual as comunidades terapêuticas não estão habilitadas, até porque não contam com equipe de saúde. Esse aspecto reforça sobremaneira a indicação médica da espécie de tratamento aplicável ao adolescente.

As demais medidas protetivas aplicáveis à situação deverão ser trabalhadas conjuntamente com o tratamento de saúde, na construção de uma rede de atendimento integrada, dinâmica entre os serviços de saúde, educação, assistência, num entrosamento que permita monitoramento das fragilidades e encaminhamentos aptos a promover melhorias que retirem o paciente infantojuvenil dessa condição de vulnerabilidade.

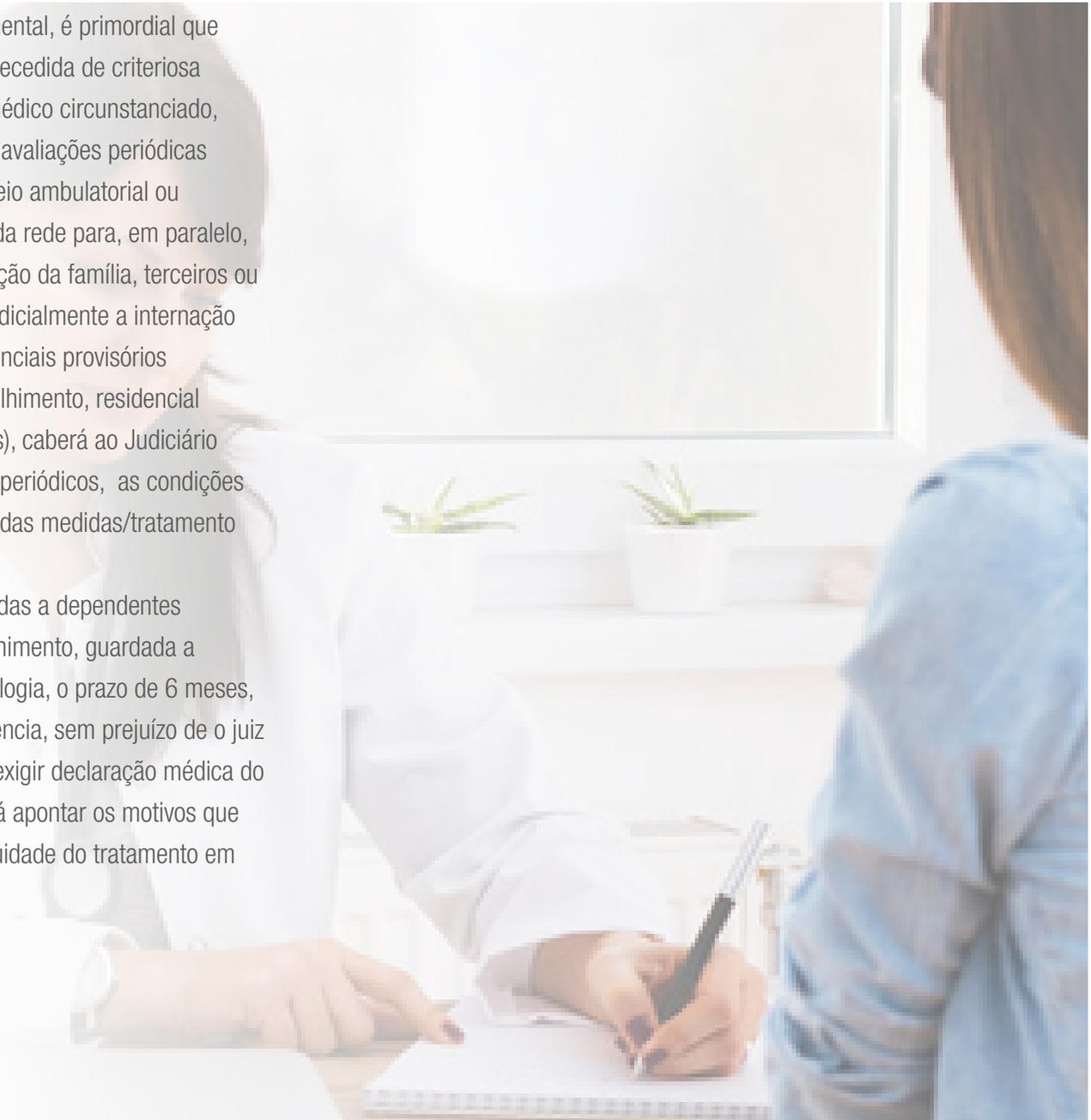
Aliás, qualquer que seja o formato jurídico de atuação do Poder





Judiciário nas questões envoltas à saúde mental, é primordial que a aplicação de qualquer providência seja precedida de criteriosa avaliação médica, com emissão de laudo médico circunstanciado, que apontará o tratamento pertinente, com avaliações periódicas e continuidade do acompanhamento em meio ambulatorial ou hospitalar, com observância da integração da rede para, em paralelo, propiciar as condições necessárias de atuação da família, terceiros ou programas. Nessa senda, caso ordenada judicialmente a internação hospitalar e ou frequência a espaços residenciais provisórios (comunidades terapêuticas, unidade de acolhimento, residencial terapêutico, clínica terapêutica, entre outros), caberá ao Judiciário monitorar, mediante obtenção de relatórios periódicos, as condições desses estabelecimentos e o cumprimento das medidas/tratamento dispensado.

Nas clínicas terapêuticas particulares, voltadas a dependentes químicos, assemelhadas a unidade de acolhimento, guardada a natureza privada, cumpre observar, por analogia, o prazo de 6 meses, prorrogáveis por mais 3 meses de permanência, sem prejuízo de o juiz ordenador da internação vistoriar o local e exigir declaração médica do estado de saúde do adolescente que deverá apontar os motivos que contraindicaram o desligamento e a continuidade do tratamento em meio ambulatorial.





### 13. O QUE FAZER DIANTE DAS SITUAÇÕES DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI QUE APRESENTAM SOFRIMENTO PSÍQUICO E OU PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS?

Em primeiro lugar, não existe entidade similar ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico para cumprimento de medida por adolescente infrator, portador de transtorno mental.

Em segundo lugar, a Lei n. 12.594/2012 (Lei do Sinase) prevê uma Seção – II – dedicada a reger o atendimento a adolescente com transtorno mental e com dependência de álcool e de substância psicoativa, em cumprimento de medida socioeducativa. Transcreve-se as disposições legais:

*Art 64. O adolescente em cumprimento de medida socioeducativa que apresente indícios de transtorno mental, de deficiência mental, ou associadas, deverá ser avaliado por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial. § 1o As competências, a composição e a atuação da equipe técnica de que trata o caput deverão seguir, conjuntamente, as normas de referência do SUS e do Sinase, na forma do regulamento. § 2o A avaliação de que trata o caput subsidiará a elaboração e execução da terapêutica a ser adotada, a qual será incluída no PIA do adolescente, prevendo, se necessário, ações*



*voltadas para a família. § 3o As informações produzidas na avaliação de que trata o caput são consideradas sigilosas. § 4o Excepcionalmente, o juiz poderá suspender a execução da medida socioeducativa, ouvidos o defensor e o Ministério Público, com vistas a incluir o adolescente em programa de atenção integral à saúde mental que melhor atenda aos objetivos terapêuticos estabelecidos para o seu caso específico. § 5o Suspensa a execução da medida socioeducativa, o juiz designará o responsável por acompanhar e informar sobre a evolução do atendimento ao adolescente. § 6o A suspensão da execução da medida socioeducativa será avaliada, no mínimo, a cada 6 (seis) meses. § 7o O tratamento a que se submeterá o adolescente deverá observar o previsto na Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. § 8o (VETADO). Art. 65. Enquanto não cessada a jurisdição da Infância e Juventude, a autoridade judiciária, nas hipóteses tratadas no art. 64, poderá remeter cópia dos autos ao Ministério Público para eventual propositura de interdição e outras providências pertinentes.*

Fixadas essas premissas, a providência inicial, sem prejuízo de outras reputadas pertinentes, é encaminhar o adolescente para avaliação médica e psicossocial quando houver sinais ou sintomas de sofrimento mental, em quaisquer dos órgãos que venham a prestar atendimento a esse adolescente.

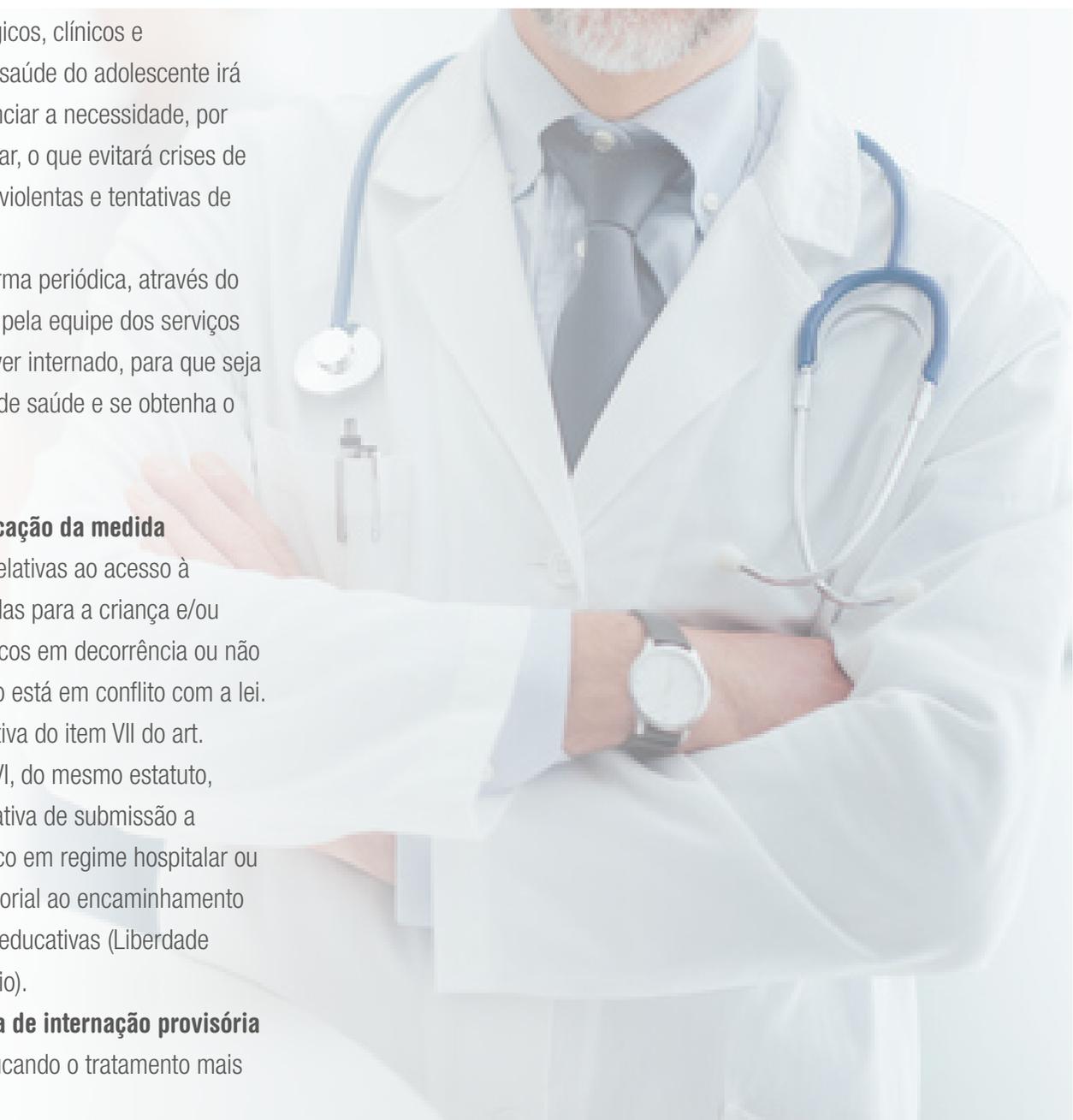


A avaliação médica incluirá exames neurológicos, clínicos e laboratoriais. A identificação da condição de saúde do adolescente irá nortear as medidas aplicadas, pois irá evidenciar a necessidade, por exemplo, de desintoxicação em leito hospitalar, o que evitará crises de abstinência que podem resultar em atitudes violentas e tentativas de suicídio dentro do sistema socioeducativo.

A revisão da avaliação deverá ser feita de forma periódica, através do constante acompanhamento do adolescente pela equipe dos serviços municipais de saúde onde ele reside ou estiver internado, para que seja possível observar a evolução do seu quadro de saúde e se obtenha o diagnóstico de forma mais precisa.

Para as situações em que foi definida a **aplicação da medida socioeducativa em meio aberto**, as ações relativas ao acesso à saúde serão as mesmas que aquelas aplicadas para a criança e/ou adolescente que possui problemas psiquiátricos em decorrência ou não do uso de substâncias psicoativas, e que não está em conflito com a lei. É possível aplicar tão somente medida protetiva do item VII do art. 112 do ECA, o qual remete ao art. 101, V e VI, do mesmo estatuto, através da remissão com medida socioeducativa de submissão a tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico em regime hospitalar ou ambulatorial ou associar tratamento ambulatorial ao encaminhamento aos programas municipais de medidas socioeducativas (Liberdade assistida ou Prestação de Serviço Comunitário).

Nas hipóteses em que foi **aplicada a medida de internação provisória ou definitiva** deve ser garantido ao socioeducando o tratamento mais





adequado, considerando a sua condição de saúde e necessidades apontadas pelos profissionais que realizaram a avaliação médica. A condição de internação por medida socioeducativa não o priva do direito à saúde. A definição de internação hospitalar para o tratamento não poderá ser regra para aqueles que estão em medida socioeducativa de internação. As internações psiquiátricas somente serão escolhidas como a modalidade mais adequada para o tratamento quando as demais formas de tratamento não obtiveram êxito e houver laudo médico circunstanciado apontando tal necessidade.

O encaminhamento de urgência também deverá ser oferecido aos adolescentes em conflito com a lei. Permanece também a condição da internação involuntária quando a situação é emergencial e o adolescente está colocando a sua vida e/ou a de terceiros em risco, por exemplo, em situações de surtos, graves crises de abstinência e tentativa de suicídio.

Cabe destacar que as internações socioeducativas e terapêuticas são independentes quanto aos prazos e ao fundamento da aplicação, podendo ser cumpridas no mesmo período. Havendo a necessidade de encaminhamento do adolescente para tratamento fora do ambiente socioeducativo vale lembrar que ele cumpre uma medida de responsabilização com viés pedagógico, e sob esse aspecto deverá ser avaliada a necessidade do acompanhamento do educador social, já que os hospitais, por exemplo, não são os locais previstos e organizados para o cumprimento de medida socioeducativa em meio fechado.

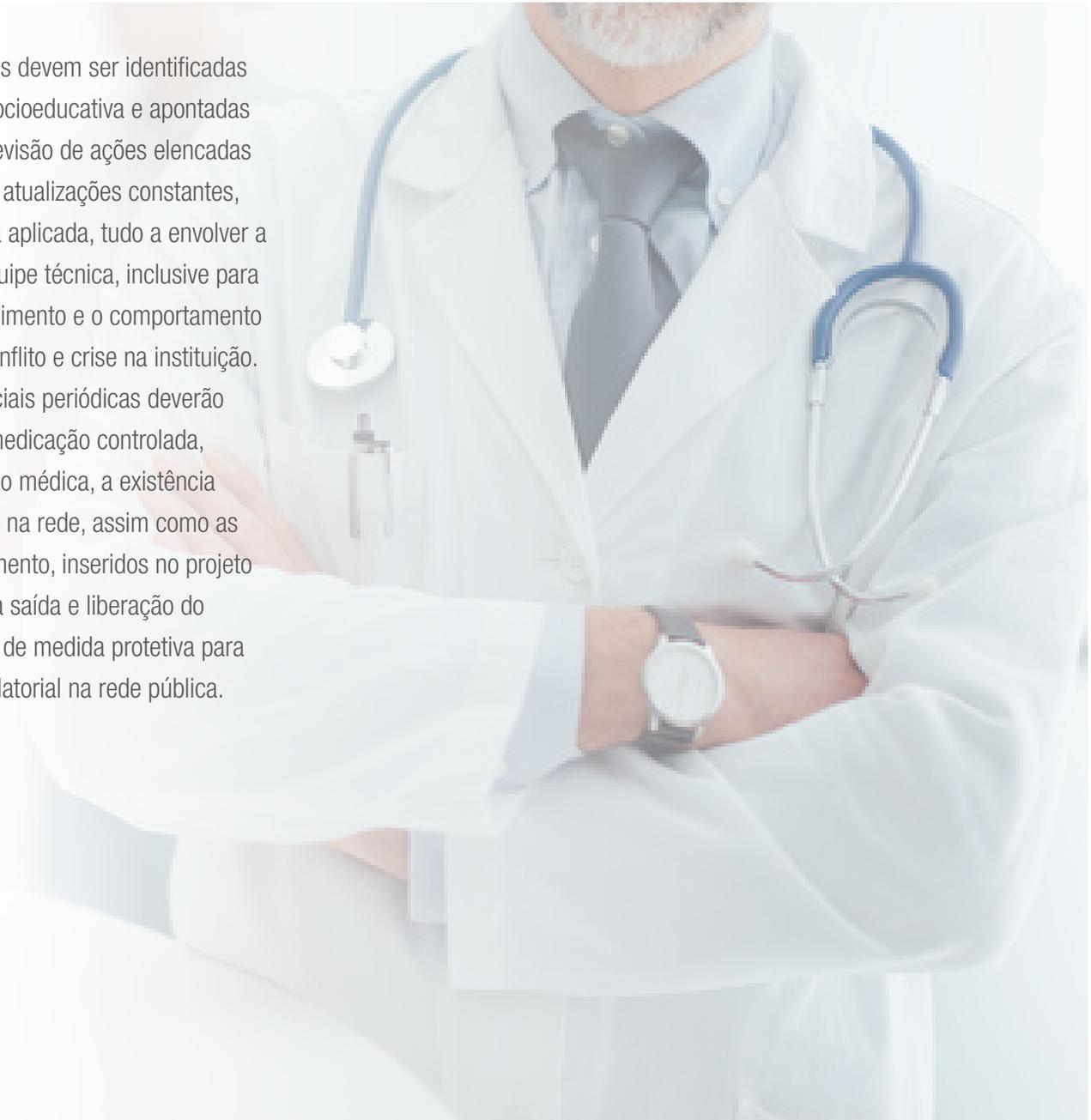
Significa dizer que a unidade de saúde não tem obrigação de contenção e a vigilância é restrita aos aspectos do tratamento.

Viável, outrossim, a suspensão da execução na forma do § 4º do art. 64



da Lei do Sinase, a critério do juiz.

As necessidades de saúde dos adolescentes devem ser identificadas pela equipe multiprofissional da entidade socioeducativa e apontadas no PIA, no eixo referente à saúde com a previsão de ações elencadas nas metas do mesmo eixo, promovendo-se atualizações constantes, conforme o desenvolvimento da terapêutica aplicada, tudo a envolver a família, os agentes socioeducadores e a equipe técnica, inclusive para efeito de identificar as limitações de entendimento e o comportamento esperado, evitando-se, assim, pontos de conflito e crise na instituição. É relevante destacar que as inspeções judiciais periódicas deverão levantar os internos que estão recebendo medicação controlada, sobretudo na área de psiquiatria, a avaliação médica, a existência de receitas e as reavaliações subsequentes na rede, assim como as anotações no PIA, com prognóstico e tratamento, inseridos no projeto de socioeducação, zelando para que, com a saída e liberação do adolescente, seja avaliada eventual adoção de medida protetiva para continuidade do tratamento em meio ambulatorial na rede pública.





## 14. AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PODEM RECEBER ADOLESCENTES?

As Comunidades Terapêuticas são pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, que realizam o acolhimento temporário de indivíduos com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativa para tratamento, utilizando como princípio para tal a convivência entre os pares e o acolhimento de forma voluntária. As Comunidades Terapêuticas estão previstas na Rede de Atenção Psicossocial como entidades de Atenção Residencial de Caráter Provisório. Somente deverão ser acolhidas nas comunidades terapêuticas pessoas que fazem uso nocivo ou estejam dependentes de substâncias psicoativas, não podendo funcionar, essas entidades, como Residências Terapêuticas ou instituições de longa permanência.

Entre as exigências para funcionamento das Comunidades Terapêuticas está a licença da autoridade sanitária competente e o Alvará Sanitário (art. 3º da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n. 29/2011), com necessidade de renovação anual, que irá aferir as condições para a proteção e promoção da saúde. Considerando o estabelecido na RDC Anvisa n. 29 de 2011, de que as comunidades terapêuticas devem manter responsável técnico com qualquer formação superior, não havendo mais a exigência de profissionais da saúde na instituição, deve ser vedada a admissão de pessoas que necessitem de serviços de saúde não disponibilizados na Comunidade Terapêutica. Torna-se imprescindível que o encaminhamento de qualquer pessoa para esse tipo de tratamento seja





precedido de avaliação médica, clínica e psiquiátrica.

A Comunidade Terapêutica, para receber adolescentes, deverá ter seu programa terapêutico inscrito no CMDCA e prever ações que promovam a garantia dos direitos fundamentais estabelecidos no ECA, além de estar adequada às normas, já citadas, que regulamentam o funcionamento das referidas entidades.

Cabe destacar que o encaminhamento de submissão a tratamento em Comunidade Terapêutica deve seguir o mesmo padrão e cuidado aplicado para as demais internações psiquiátricas, precedidas assim por laudo médico circunstanciado e seguindo os demais cuidados. Logo, fundamental que a entidade possua alvará de funcionamento atualizado e programa terapêutico, ou de acolhimento, com ações direcionadas ao adolescente que, no mínimo, prevejam o acesso do adolescente ao direito à educação e à convivência familiar, a solicitação de elaboração e do encaminhamento do Plano Singular de Atendimento ao Adolescente. O acolhimento em comunidade terapêutica deverá ter seu caráter de voluntariedade observado, assim como a necessidade de avaliação da condição de saúde do acolhido, sobretudo a presença de laudo médico circunstanciado a prescrever tal modalidade de instrumento terapêutico. O sucesso do tratamento irá depender da consideração dessas duas premissas, cabendo muitas vezes a internação prévia do acolhido em instituição de saúde habilitada para a realização da desintoxicação, conforme avaliação médica, e a preparação prévia do acolhido para o longo processo de reestruturação pessoal que será vivenciado nas comunidades terapêuticas, cuja permanência não pode ultrapassar o período de 6 meses, prorrogáveis por mais 3 meses.





De realçar a importância de o magistrado, por si ou por servidor designado, conhecer o espaço para onde o adolescente será enviado, a qualidade do programa e do atendimento recebido, fiscalizar a instituição, observar se presentes situações de violação, conferindo no local o plano singular de atendimento e a consistência do trabalho desenvolvido com esse público e sua família, de modo a se garantir a eficácia do serviço e o retorno à convivência.





PODER JUDICIÁRIO  
CORREGEDORIA-GERAL DA JUSTIÇA  
de Santa Catarina

## **Núcleo V – Direitos Humanos**

# REALIZAÇÃO

**Corregedor-Geral da Justiça** - Des. Ricardo da Luz Fontes

**Juíza Corregedora** - Dra. Lílian Telles de Sá Vieira

**Secretária de Direitos Humanos** - Adriana Ternes Moresco

**Coordenadora de Núcleo** - Kedma de Souza Machado da Silva

**Assessores Correicionais** - André Luiz Koch e Dayanne Marlies Fischer



PODER JUDICIÁRIO  
CORREGEDORIA-GERAL DA JUSTIÇA  
de Santa Catarina