

## NOTA TÉCNICA

A presente **Nota Técnica** tem por finalidade realizar análise jurídico-legal sobre a Lei nº 3.997, do Município de Niterói, de 16 de abril de 2025, que institui a Política Municipal de Acolhimento Humanizado e Assistência Integral a Pessoas em Uso Abusivo de Álcool e/ou Outras Drogas e/ou Transtornos Mentais no Município de Niterói e estabelece diretrizes para a assistência à população em situação de rua.

A presente nota está dividida nos seguintes tópicos:

1. Inconstitucionalidade da internação psiquiátrica sem consentimento; 2. Excepcionalidade da internação e proibição de instituições asilares; 3. Direitos da população em situação de rua; 4. Conclusões.

### 1. Inconstitucionalidade e inconveniência da internação psiquiátrica sem consentimento

A Lei nº 3.997/2025 estipula em seu art. 1º o seguinte objeto:

Art. 1º Esta Lei estabelece diretrizes para a formulação e implementação de políticas públicas no Município de Niterói destinadas ao tratamento humanizado de pessoas em uso abusivo de álcool e/ou outras drogas e/ou transtornos mentais, incluindo o cuidado em liberdade, o acolhimento responsável e tecnicamente orientado e o suporte contínuo, bem como a criação de programas sociais para pessoas em situação de rua, observados os direitos humanos, a promoção da autonomia dos indivíduos e a integralidade do cuidado.

O art. 5º, § 3º, por sua vez, prevê que a possibilidade do “acolhimento sem consentimento”, o qual é admitido a pedido de familiar ou responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do SISNAD. No art. 6º, a lei dispõe que o “acolhimento sem consentimento” se dará nas seguintes condições:

Art. 6º O acolhimento sem consentimento só poderá ocorrer em pessoas maiores de 18 (dezoito) anos e nas seguintes condições:

I – quando houver risco iminente à vida do próprio indivíduo ou de terceiros;

II – mediante a emissão de laudo médico circunstanciado emitido por profissional registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento, com justificativa fundamentada e indicação de impossibilidade de tratamento menos restritivo;

III – admissão do acolhimento pelo médico plantonista da unidade municipal de saúde;

IV – comunicação obrigatória ao Ministério Público, à Defensoria Pública e ao Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas a contar da admissão/do início do acolhimento, pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido o acolhimento, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta;

V – possibilidade de contestação do acolhimento pelo indivíduo ou por seu representante legal;

VI – reavaliação médica periódica para verificar a necessidade da manutenção do acolhimento;

VII – inexistência de alternativa terapêutica eficaz no âmbito do SUS, conforme avaliação conjunta de equipe multidisciplinar.

Parágrafo único. O acolhimento deverá ser acompanhado sistematicamente por

equipe multidisciplinar, com o objetivo de garantir a progressiva autonomia do indivíduo.

Embora a previsão legal do “acolhimento sem consentimento” indique que ele estaria voltado apenas para pessoas que apresentarem risco às suas próprias vidas e a de terceiros, tal medida visa, na prática, tão somente a internar de forma compulsória as pessoas em situação de rua. Ela incorpora, na prática, as previsões que já estavam sendo debatidas pela Câmara dos Vereadores de Niterói no Projeto de Lei nº 9/2024, de autoria do vereador Fabiano Gonçalves.

Embora a Lei nº 3.997/2025 utilize linguagem eufemística e palatável ao público em geral, com a incorporação de políticas mais adequadas à garantia de direitos, como o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a previsão de programas sociais baseados no modelo “housing first” (conhecido como moradia primeiro), o “acolhimento sem consentimento” é a única política pública mais bem detalhada em diversos dispositivos.

Os objetivos enunciados no Projeto de Lei nº 9/2024 e a Lei Municipal nº 3.997/2025 convergem para uma visão que sinaliza um processo de gentrificação e de higienização contra determinados grupos sociais, como a população em situação de rua, cujo direito de ir, vir e permanecer nos espaços públicos passa a sofrer restrições, impedindo que essa população possa usufruir o direito à cidade. Desse modo, depreende-se que o objetivo principal da Lei Municipal nº 3.997/2025 é empreender uma política de internações compulsórias, cuja inconstitucionalidade se demonstrará a seguir.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, dispõe que o direito à liberdade é um direito fundamental. O inciso LIV deste mesmo artigo afirma que ninguém será privado de liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal. A saúde, por sua vez, em conformidade com o artigo 6º da Carta Maior, é um direito social, e não uma obrigação imposta aos cidadãos. Dessa forma, ninguém pode ser privado de sua liberdade para, forçadamente, ser submetido a qualquer espécie de tratamento sem que haja o seu livre consentimento.

Em sentido oposto, a internação compulsória traduz uma fracassada política higienista que, historicamente, perpassou o século XX e deixou graves chagas sociais, como as colônias de hansenianos e de pacientes com transtornos mentais que deve ser fortemente combatida por todos os setores sociais. Desde a criação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas (Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010), o uso da internação compulsória como medida de tratamento para “dependentes químicos” aumentou, tendo sempre como objetivo não declarado a retirada de circulação dessas pessoas “indesejadas” pela sociedade.

Trata-se de ação atentatória à dignidade da pessoa humana, que trata as pessoas como meros objetos de incidência da política estatal, e não como verdadeiros sujeitos de direitos e cidadãos que são. Nessa perspectiva, vale ressaltar as determinações da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, internalizada no plano interno sob o rito de emenda constitucional, adquirindo, portanto, força normativa de Constituição.

Desse modo, os transtornos psicossociais e a dependência química se inserem no conceito de “deficiência psicológica” com o fim de assegurar a proteção de direitos humanos, resguardando ainda o que concerne à autonomia e independência dos sujeitos. As previsões dessa Convenção devem ser aplicadas quando se é cogitada a internação compulsória de pessoas em sofrimento psíquico e/ou uso abusivo de drogas.

A Convenção modificou a ordem jurídica brasileira para definir que pessoas com deficiência são plenamente capazes de tomar decisões que digam respeito aos direitos existenciais, inclusive no que se refere à saúde. A Convenção dispõe em seu artigo 19 que:

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

Considerando que as pessoas com deficiência possuem também autonomia de escolha e direito de viver em comunidade – fato aplicável, inclusive, às pessoas em sofrimento

psíquico —, torna-se absolutamente inconstitucional e inconveniente uma eventual imposição compulsória de qualquer tipo de tratamento de saúde, em especial aqueles de caráter segregante, que retiram os indivíduos do convívio social, como ocorre no acolhimento/internação. Essas pessoas são, assim, sujeitos de direitos, que demandam atuação do Estado no sentido de garantir e expandir tal proteção, e não objetos de destinação de políticas discriminatórias.

A internação compulsória, tal como prevista na Lei Municipal nº 3.997/2025, pode gerar efeitos iatrogênicos como estigmatização, perda de autonomia, cronificação do sofrimento e ruptura de vínculos sociais. Estas consequências vão de encontro às diretrizes internacionais de promoção da vida independente e inclusão comunitária, conforme assegurado pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (artigos 12 e 19).

Por outro lado, o acolhimento humanizado, baseado em serviços comunitários, tem se mostrado mais eficaz na promoção da qualidade de vida desses indivíduos com a redução de estigmas e o fortalecimento da autonomia, autoestima e cidadania.

À luz desse entendimento, o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) também já caracterizou a internação compulsória como uma irregularidade incompatível com o ordenamento jurídico brasileiro. Conforme expresso na Resolução nº 08/2019, o CNDH declarou que tal medida representa uma violência contra pessoas com transtornos mentais ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas:

Art. 25 A internação compulsória de usuária (o) de drogas sem a prática de delito configura-se como uma total anomalia e em oposição ao ordenamento jurídico brasileiro. Não é, portanto, atribuição do Judiciário determinar a internação quando essa tenha por finalidade única e exclusivamente o tratamento.

É por esse motivo que, na I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), foi aprovado enunciado que corrobora com a priorização de tratamentos em meio livre e comunitário para os usuários de substâncias químicas bem como a não recomendação da utilização

da internação – o que, por óbvio, torna ainda menos recomendável a internação realizada compulsoriamente:

Enunciado nº 1 – Nas demandas em tutela individual para internação de pacientes psiquiátricos e/ou com problemas de álcool, crack e outras drogas, quando deferida a obrigação de fazer contra o poder público para garantia de cuidado integral em saúde mental (de acordo com o laudo médico e/ou projeto terapêutico elaborado por profissionais de saúde mental do SUS), **não é recomendável a determinação a priori de internação psiquiátrica, tendo em vista inclusive o risco de institucionalização de pacientes por longos períodos.**

Ao Estado incumbe garantir o direito à saúde, por meio da oferta de serviços públicos postos à disposição da população, os quais deverão ser acionados, mediante indicação médica, para o tratamento de saúde mental. Não obstante, a Lei Federal nº 8.080/90 estrutura o Sistema Único de Saúde (SUS) e promove o direito fundamental à saúde como uma política pública que não se confunde com a imposição de obrigações aos indivíduos em sofrimento mental.

Em outras palavras, **a promoção da saúde pelo Estado não inclui a restrição de liberdade, a busca e apreensão e o uso de outras estratégias que violentam as liberdades individuais.** Qualquer política pública estatal de assistência psicossocial deve ser sempre utilizada em benefício do indivíduo, a fim de que lhe seja assegurado o direito à saúde e a assistência social, e não como uma medida de segregação social que, compulsoriamente, lhe será imposta.

Assim, a situação dos usuários de drogas e das pessoas em sofrimento psíquico deve ser avaliada sob a ótica dos direitos fundamentais e na perspectiva da garantia de suas liberdades. O Estado não pode seguir adotando estratégias de higienização social ou reforçar mecanismos violadores de direitos humanos, mesmo a pretexto de promover tratamento em saúde mental da população. Tais medidas são, portanto, inconstitucionais, uma vez que também violam tratados que versam sobre direitos humanos, os quais foram ratificados pelo Brasil.

## 2. Excepcionalidade da internação e proibição de instituições asilares

Além ser contrária aos dispositivos constitucionais e aos tratados sobre direitos humanos, a internação compulsória, especialmente em instituições com características asilares, ou seja, destinadas a segregar e afastar os indivíduos do convívio social, também vai de encontro aos diretrizes gerais fixadas na Lei Federal nº 10.216/2001. Esta norma foi gestada no âmbito das reivindicações dos movimentos da luta antimanicomial, modificando todo o regramento jurídico sobre o atendimento em saúde mental, que passou a ser pautado, principalmente, em terapias em liberdade, substituindo o velho paradigma hospitalocêntrico-manicomial pelo paradigma psicossocial.

É nessa perspectiva que Haroldo Caetano salienta esses novos pressupostos apresentados pela Reforma Psiquiátrica no Brasil:

Fundada na dignidade humana e na liberdade como princípios, **a assistência em saúde mental passou a ter como objetivo maior a reinserção social do paciente e deve se dar preferencialmente em meio aberto.** De meramente psiquiátrica, a atenção em saúde mental foi ampliada para contemplar o amparo psicossocial do indivíduo, e este, antes manejado feito objeto ao talante de interesses diversos, é agora reconhecido como sujeito, com direitos muito bem definidos; **e a internação psiquiátrica, outrora utilizada com objetivos pouco nobres, tornou-se dispositivo dos serviços de saúde, de caráter excepcional e utilizado exclusivamente em benefício daquele mesmo sujeito<sup>1</sup>.**

A Lei da Reforma Psiquiátrica assegura às pessoas atendidas em serviços de saúde mental o direito de serem tratadas em ambiente terapêutico e pelos meios menos invasivos possíveis (art. 2º, inc. VIII), além da garantia de que devem ser tratadas, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (art. 2º, inc. IX). Assim, deve-se, sempre, dar prevalência a tratamentos em comunidade, a serem desenvolvidos junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e aos demais órgãos integrantes da RAPS.

<sup>1</sup> CAETANO, Haroldo. Loucos por liberdade: direito penal e loucura. Goiânia: Escolar, 2019, p. 125-126.



A lei indica, também, que a internação ocorra apenas em casos excepcionais, ou seja, quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes (art. 4º), **proibindo, absolutamente, a internação em instituições com características asilares:**

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

[...]

§ 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.

Relatório do Conselho Federal de Psicologia e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão assinala que a presença de “características asilares” pode ser constatada com base em dois elementos:

a) **a ausência de recursos para oferecer assistência integral**, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros; e

b) **a não garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais**, enumerados, na própria lei, como acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, pelos meios menos invasivos e preferencialmente em serviços comunitários, com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando recuperação pela inserção na família, trabalho e comunidade, protegido de abuso e exploração, com direito à presença médica, acesso a meios de comunicação, entre outros<sup>2</sup>.

Por essa razão, ainda que seja possível a internação de pacientes, as pessoas não poderão ser direcionadas a hospícios, manicômios ou qualquer outra instituição com características

<sup>2</sup> Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017/Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; Brasília DF: CFP, 2018, p. 55. Disponível em: < <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf> >.



asilares, mas sim a um leito em hospital geral, de maneira excepcional e temporária. Destaca-se, nesse cenário, que as comunidades terapêuticas, instituições privadas sem vínculo com a RAPS, voltaram a ser muito utilizadas para a internação de pessoas com dependência química e transtornos psicossociais, mas conservam características asilares e segregantes, sendo, inclusive, contrárias aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Nesse ponto, verifica-se que a Lei Municipal nº 3.997/2025 **não traz nenhuma disposição sobre os locais onde serão realizadas tais internações**. Nos termos da legislação federal, eventual internação apenas poderia ocorrer em hospitais gerais ou unidades de saúde que possuam recursos para assistência integral ao paciente, mas a ausência de clareza acerca dos locais onde essas internações serão efetuadas pelo Município de Niterói causa preocupação quanto ao caráter manicomial e segregador dessa política.

Além disso, há de se observar que, mesmo que a Lei Antimanicomial preveja as modalidades de internação voluntária, involuntária e compulsória, essa última apenas pode ser admitida a partir de ordem judicial pautada em lei expressa que a admita (art. 9º). Em razão do mandamento legal, entende-se que **a determinação de internação compulsória somente é possível nos casos em que haja previsão legal para tanto, o que apenas ocorre nos casos em que o sujeito praticou algum ato ilícito**:

Ao prever que a internação compulsória seja determinada “de acordo com a legislação vigente”, o dispositivo em questão remete à necessidade de previsão legal expressa para que seja juridicamente possível essa modalidade de internação. Como se está diante de norma que pode levar à restrição da liberdade por uma ordem judicial foi prudente o legislador ao estabelecer tal exigência, de maneira que a internação compulsória só poderá ser determinada, observado o estrito respeito ao devido processo legal, quando houver expressa previsão legal. Cabe aqui lembrar que no direito brasileiro há somente duas hipóteses legais em que se admite a internação psiquiátrica por ordem judicial, ambas em matéria criminal: a internação por força de medida de segurança (prevista

no art. 96, I, do Código Penal) e a internação provisória, prevista como medida cautelar alternativa à prisão no processo penal (art. 319, VII, do Código de Processo Penal)<sup>3</sup>.

De modo semelhante à Lei nº 10.216/2001, a Lei de Drogas, com as alterações trazidas pela Lei nº 13.840/2019, não admite a política de internação compulsória. Seguindo os mesmos princípios orientadores do paradigma psicossocial de atenção à saúde mental, o artigo 23-A da lei estabelece que o “tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde”.

Ademais, prioriza o tratamento ambulatorial, tal como a Lei Antimanicomial, e detalha que a internação deve ser realizada somente de maneira excepcional, permitindo internações apenas em “unidades de saúde e hospitais gerais”. O parágrafo 2º deste mesmo artigo estabelece que:

Art. 23-A, § 2º A internação de dependentes de drogas **somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares** e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação.

Havendo necessidade de internação, a Lei de Drogas dispõe que ela só poderá ser efetuada nas modalidades voluntária – a pedido e com consentimento do dependente – e involuntária – a pedido de familiar, responsável legal ou servidor público da área de saúde, assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública –, não dispondo como possibilidade a internação compulsória. Assim, entende-se que “a internação compulsória, prevista na Lei Antimanicomial de forma genérica para pessoas com transtornos mentais, **foi deliberadamente retirada do leque de opções definidas na Lei de Drogas para o tratamento do usuário ou dependente químico**”<sup>4</sup>, razão pela qual não pode ser aplicada, em nenhuma hipótese, para pessoas em uso abuso de álcool e outras drogas.

<sup>3</sup> CAETANO, Haroldo; CAIXETA, Mário Henrique Cardoso. Internação forçada do usuário ou dependente de drogas: fundamentos jurídicos e limites à atuação jurisdicional. 2020, p. 7.

Disponível em: < [https://www.mprj.mp.br/documents/20184/540394/internacao\\_forcada\\_na\\_lei\\_de\\_drogas.pdf](https://www.mprj.mp.br/documents/20184/540394/internacao_forcada_na_lei_de_drogas.pdf) >.

<sup>4</sup> Ibidem, p. 10.

Cabe ainda destacar que a lei indica que a internação somente deverá ser aplicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (art. 23-A, § 6º) e não poderá ser realizada em comunidades terapêuticas acolhedoras (art. 23-A, § 9º).

Da leitura de tais dispositivos, depreende-se que a internação é, mais uma vez, definida como medida absolutamente excepcional, apenas podendo ser aplicada após a verificação do insucesso das demais formas de tratamento – tendo em vista que, de acordo com o paradigma psicossocial da reforma psiquiátrica, a liberdade é a medida terapêutica mais adequada.

Na Lei nº 3.997/2025, a previsão sobre o “acolhimento sem consentimento” relaciona-se com a verificação de “risco iminente à vida do próprio indivíduo ou de terceiros”, devendo ser fundamentada por laudo médico circunstanciado, com duração máxima de 90 (noventa) dias. Contudo, **não há na lei qualquer menção à excepcionalidade de tal medida, tampouco restrição de sua aplicação apenas aos casos de insuficiência dos tratamentos em liberdade nos serviços comunitários de saúde mental.**

O panorama apresentado pela lei abre margem à discricionariedade desmedida na aplicação da internação compulsória a dependentes químicos, tendo em vista que dependeria tão somente de um juízo quanto à existência ou não de risco iminente à vida por parte dos agentes públicos. Não há, na nova lei, as determinações enunciadas na Lei da Reforma Psiquiátrica e na Lei de Drogas que privilegiam os tratamentos em meio livre e direcionam a internação apenas para casos graves em que os serviços extra-hospitalares não são suficientes.

Nesse sentido, há de se recordar que o Estado brasileiro já foi condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos em razão de um homicídio ocorrido justamente dentro de uma instalação psiquiátrica, decorrente de maus-tratos e agressões praticadas durante a internação. Trata-se do Caso Damião Ximenes Lopes<sup>5</sup>, que evidencia a situação de tortura institucionalizada ocorrida no âmbito das internações psiquiátricas no país. Na sentença, a Corte IDH reconheceu que as instituições brasileiras destinadas à internação de pessoas em sofrimento psíquico não estavam

<sup>5</sup> Sentença disponível em: < [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_149\\_por.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf) >.

adequadas às normas internacionais de proteção de direitos humanos, destacando que medidas de contenção à liberdade de pacientes devem ser excepcionais, de maneira a respeitar a autonomia dos indivíduos.

Diante desse quadro normativo, verifica-se que **a internação é sempre medida excepcional e deve se dar em caráter individual, sendo vedada, sob pena de violação generalizada de direitos humanos, a sua adoção como política pública massiva e de caráter global com medidas de cunho higienista.**

Anteriormente já havia uma ampla regulação em saúde mental em portarias do Ministério da Saúde (algumas são anteriores à Lei nº 10.216/2001), inclusive na área de álcool e outras drogas. Em outubro de 2017, o Ministério criou o projeto “Saúde Legis”, que consolidou essas normas do SUS em seis portarias.

A consolidação aponta a política de saúde mental como uma política geral de promoção, proteção e recuperação da saúde, instituída pela Lei nº 10.216/2001 – o conteúdo da Política Nacional de Saúde Mental está apresentada no Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, a qual reuniu diversas portarias editadas sobre atenção à saúde mental. Esse anexo V é oriundo da revogada Portaria MS/GM nº 3.088/2011 e estabelece quais são os pontos de atenção da RAPS, dividindo-a nos seguintes componentes: Atenção Básica; Atenção Psicossocial (ou especializada); Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Estratégia de Reabilitação Social.

Os atendimentos em saúde mental são realizados tanto pela atenção básica quanto pela atenção especializada, esta última por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estas unidades prestam serviços de assistência a indivíduos em sofrimento psíquico, de natureza ambulatorial e permanente, abrangendo uma determinada área territorial e independente da estrutura física de qualquer hospital.

A finalidade da RAPS é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

A atenção básica é a porta de entrada do SUS, em qualquer questão de saúde. A ideia é que a Unidade Básica de Saúde, a Equipe Saúde da Família e as equipes do Consultório na Rua sejam organizadas de forma a estabelecer vínculo mais próximo às pessoas, identificar os problemas de saúde mais corriqueiros e, na medida do possível, atendê-los na própria rede da atenção básica.

Já os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, e integram a RAPS. Seu enfoque consiste na realização de atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas em sofrimento ou transtorno mental em geral, inclusive aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em seu território, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

Quanto à atenção em urgência e emergência, a RAPS utiliza-se da rede específica: o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros. Aqui os CAPS também devem realizar o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, bem como a articulação e coordenação do cuidado nas situações que demandem internação, conforme prevê a regulamentação do Ministério da Saúde.

Ainda no âmbito da normativa do Ministério da saúde, esses serviços, de atenção residencial, devem se articular aos CAPS e aos CAPS AD, que são responsáveis pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante esse período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado após a saída, devendo promover a reinserção do usuário na comunidade. É estabelecido um prazo máximo de nove meses de acolhimento, restrito a adultos.

Desse modo, consideramos que as competências legislativas municipais foram extrapoladas, uma vez que a Lei nº 3.997/2025 contraria as disposições gerais da Lei da Reforma Psiquiátrica e da Lei de Drogas, além de violar a jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos e os atos normativos relacionados à saúde mental, não podendo ser admitida, no ordenamento jurídico brasileiro, a internação compulsória enquanto suposta política pública de assistência psicossocial.

### **3. Direitos da população em situação de rua**

Considerando que a população em situação de rua é um grupo heterogêneo em situação de extrema vulnerabilidade social, que, por muitas vezes, em razão da ausência de políticas públicas para garantia de seus direitos, é acometida por sofrimentos psíquicos e/ou torna-se dependente de álcool e outras drogas. Considerando essa espiral de violações de direitos, esse grupo social será o mais afetado pela implementação da Lei Municipal nº 3.997/2025. Como visto, políticas baseadas na internação compulsória possuem raízes higienistas, muito relacionadas com práticas de “limpeza social”, dirigidas a grupos populacionais considerados indesejáveis, como ocorre, principalmente, com as pessoas em situação de rua.

É preciso compreender a população em situação de rua com base em um contexto de extrema vulnerabilidade social e no epicentro de violação de direitos que para além da ausência de moradia fixa e a desigualdade social, envolve também a própria luta por dignidade e padrões mínimos de acesso a direitos básicos. De acordo com o Relatório sobre Direitos Humanos no Brasil da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) de 2021<sup>6</sup>, há uma histórica ausência de políticas públicas efetivas direcionadas para a população em situação de rua brasileira.

Apesar de a população em situação de rua demandar políticas públicas estatais de garantia de direitos, o que se observa na realidade é o direcionamento de políticas discriminatórias

<sup>6</sup> Disponível em: < <https://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/brasil2021-pt.pdf> >.



por parte do Estado, baseadas na ideia de “higienização” dos espaços urbanos, tais como remoções forçadas, acolhimento/internação compulsórios e implementação de elementos de arquitetura hostil. Em vez de compreender as pessoas em situação de rua como sujeitos de direitos, o Poder Público tende a tratá-las como objetos a serem removidos das ruas.

No que se refere às pessoas em situação de rua que enfrentam sofrimento psíquico e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas, o quadro é ainda mais delicado. Nesse sentido, a Corte Interamericana de Direitos Humanos, no já citado precedente relativo ao Caso Damião Ximenes Lopes, evidenciou a interligação entre sofrimento psíquico e outros marcadores sociais de vulnerabilidade, em especial a extrema pobreza, enunciando a obrigação estatal de levar em consideração tais fatores a fim de criar políticas preventivas em saúde mental:

Nesse sentido, os Estados devem levar em conta que os grupos de indivíduos que vivem em circunstâncias adversas e com menos recursos, tais como as pessoas em condição de extrema pobreza, as crianças e adolescentes em situação de risco e as populações indígenas, enfrentam um aumento do risco de padecer de deficiências mentais, como era o caso do senhor Damião Ximenes Lopes. É direto e significativo o vínculo existente entre a deficiência, por um lado, e a pobreza e a exclusão social, por outro. Entre as medidas positivas a cargo dos Estados encontram-se, pelas razões expostas, as necessárias para evitar todas as formas de deficiência que possam ser prevenidas e estender às pessoas que padeçam de deficiências mentais o tratamento preferencial apropriado a sua condição.

No Estado do Rio de Janeiro, a Lei nº 9.302/2021, que institui a Política Estadual para a População em Situação de Rua, define como princípios da política o direito à convivência familiar e comunitária (art. 4º, II), o atendimento humanizado e universalizado (art. 4º, IV) e a erradicação de atos violentos e ações vexatórias e de estigmas negativos e preconceitos sociais que produzam ou estimulem a discriminação e a marginalização, seja pela ação ou omissão (art. 4º, VI). Além disso, determina que:

Art. 8º. O padrão básico de qualidade, segurança e conforto da rede de acolhimento temporário observará limite de capacidade, regras de funcionamento e convivência, acessibilidade, salubridade e distribuição geográfica das unidades de acolhimento



nas áreas urbanas, **respeitado o direito de permanência da população em situação de rua, preferencialmente nas cidades ou nos centros urbanos.**

Por sua vez, a Resolução nº 40/2020/CNDH, que dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, em consonância com a Política Nacional para População em Situação de Rua, também enuncia algumas normas importantes no que se refere à remoção/internação compulsória de pessoas em situação de rua. Deve-se destacar a preocupação com a atuação do Poder Público que represente “limpeza social”:

Art. 44 As equipes dos serviços, programa, projetos e benefícios socioassistenciais devem planejar sua atuação a partir de diagnóstico socioterritorial, fundamentado em dados oficiais, nacionais, estaduais, municipais e distritais, da Vigilância Socioassistencial (Censo SUAS, RMA, Prontuário Eletrônico), Cadastro Único, IBGE, estudos e pesquisas certificadas, bem como dados da prática e experiência profissional.

**§1º. É vedado usar qualquer oferta do SUAS como instrumento de limpeza social, com a remoção de pessoas em situação de rua por conta de populares e comerciantes incomodados com a sua presença.**

Na mesma toada, o Supremo Tribunal Federal, na ADPF 976, reconheceu os direitos fundamentais das pessoas em situação de rua e a obrigação de os entes federativos observarem, independente de adesão formal, as determinações da Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto Federal nº 7.053/2009). Em decisão liminar, o STF definiu, dentre outras, as seguintes obrigações aos Poderes Executivos:

(II) Aos PODERES EXECUTIVOS MUNICIPAIS E DISTRITAL, bem como onde houver atuação, aos PODERES EXECUTIVOS FEDERAL E ESTADUAIS que, no âmbito de suas zeladorias urbanas e nos abrigos de suas respectivas responsabilidades: (...)

**II.3) Proibam o recolhimento forçado de bens e pertences, assim como a remoção e o transporte compulsório de pessoas em situação de rua;**

Em 2023, em resposta às determinações do STF na ADPF 976, o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, em diálogo com o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e

Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, conhecido como CIAMPRua Nacional, criou o “Plano Ruas Visíveis – Pelo direito ao futuro da população em situação de rua”<sup>7</sup>. O plano possui como objetivo promover a efetivação da PNPSR a partir de sete eixos prioritários, quais sejam Assistência Social e Segurança Alimentar; Saúde; Violência Institucional; Cidadania, Educação e Cultura; Habitação; Trabalho e Renda; e Produção e Gestão de Dados.

O plano reforça a necessidade de assegurar os direitos fundamentais das pessoas em situação de rua, a fim de combater a ocorrência de discriminações e os casos de violência institucional praticados por agentes públicos, como ocorre nas remoções e internações compulsórias. Nesse contexto, o plano destaca ainda que

A população em situação de rua sofre com o preconceito e estigmatização por parte da sociedade, sendo comumente associada à desordem, criminalidade e ameaça à segurança pública. (...) **Em consequência, a população em situação de rua configura um público especialmente exposto a violências diversas, inclusive as institucionais, como despejos forçados, perda de pertences, agressões físicas e verbais, abuso de autoridade, negligência nos serviços públicos e outras formas de violência promovidas por agentes estatais ou privados.** Diante desse quadro, o Eixo 3 apresenta relevância primordial para o desenvolvimento de ações que visem coibir o cometimento de abusos, arbitrariedades e omissões por agentes públicos, além de fomentar a cultura de respeito aos direitos humanos de populações vulnerabilizadas.

Diante de tais referenciais, verifica-se a incompatibilidade da internação compulsória de pessoas em situação de rua – desvirtuada na Lei Municipal nº 3.997/2025 sob a nomenclatura de “acolhimento humanizado” – com todas as leis e normativas que visam assegurar direitos a esse público.

<sup>7</sup>Disponível em: < <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/plano-nacional-ruas-visiveis.pdf> >.

#### 4. Conclusões

Ante o exposto, entendemos que a Lei Municipal nº 3.997/2025 propõe o "acolhimento sem consentimento" como prática central, o que, na realidade, equivale à internação psiquiátrica compulsória. Tal medida aproxima-se do modelo biomédico tradicional, focado no controle sintomático através do isolamento e da farmacoterapia intensiva, historicamente associado à desumana lógica manicomial e à exclusão social. Assim, a lei desvirtua o conceito de “acolhimento humanizado”, pois reintroduz práticas terapêuticas ultrapassadas que promovem a segregação em detrimento da possibilidade de tratamento em liberdade.

Por essa razão, manifestamos o entendimento de que a Lei nº 3.997/2025 é inconstitucional, tanto por ofensa a dispositivos constitucionais como pela extrapolação das competências legislativas municipais, e inconvencional.

Encaminhe-se a presente nota técnica ao Prefeito de Niterói e às respectivas Secretarias Municipais de Saúde, Desenvolvimento Econômico e Revitalização do Centro, Ordem Pública e Assistência Social. Remeta-se também à Procuradoria-Geral da República e ao Defensor Público-Geral do Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 5 de maio de 2025.

ASSINADA DIGITALMENTE

Julio José Araujo Junior

**Procurador da República**

**Procurador Regional dos Direitos do Cidadão Adjunto**

ASSINADA DIGITALMENTE

Cristiane Xavier de Souza

**Defensora Pública**

**Subcoordenador do Núcleo de Direitos Humanos da Defensoria Pública do Rio de Janeiro**

ASSINADA DIGITALMENTE

Thales Arcoverde Treiger

**Defensor Público Federal**

**Defensor Regional de Direitos Humanos**



**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**

Assinatura/Certificação do documento **PR-RJ-00048825/2025 NOTA TÉCNICA**

.....  
Signatário(a): **THALES ARCOVERDE TREIGER**

Data e Hora: **05/05/2025 12:02:01**

Assinado com login e senha

.....  
Signatário(a): **JULIO JOSE ARAUJO JUNIOR**

Data e Hora: **05/05/2025 12:03:15**

Assinado com login e senha

.....  
Signatário(a): **CRISTIANE XAVIER DE SOUZA**

Data e Hora: **05/05/2025 12:24:35**

Assinado com login e senha

.....  
Acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 96de2739.38c4d33c.d2efb155.8c70fe96