

BOLETIM INFORMATIVO

CÂMARA DE DIREITOS HUMANOS E DE TUTELA COLETIVA



Nº 19 | JULHO | 2026

DIREITO À SAÚDE MENTAL E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Estratégias de atuação para a Defensoria Pública

Apresentação

A consolidação do direito à saúde mental no ordenamento jurídico brasileiro, impulsionada pela Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), estabeleceu a transição do modelo asilar e segregador para um modelo de cuidado em liberdade. No entanto, a prática forense frequentemente mostra um cenário de judicialização distorcida, focada em internações compulsórias que retrocedem à lógica manicomial e violam direitos fundamentais.

Neste contexto, a Defensoria Pública atua como o eixo institucional indispensável. Em vez de operar como mera via de acesso para pedidos de internação de longo prazo e restrição de liberdade, a Instituição deve dominar o desenho regulatório da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para exigir a implementação estrutural das políticas públicas de saúde mental.

O objetivo deste material é instrumentalizar a atuação diária de defensoras e defensores públicos diante da complexa burocracia que envolve a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os desafios práticos de atendimento à ponta, destacando-se o papel central da tutela coletiva na superação dos vazios assistenciais que desamparam os usuários e suas famílias.



SUMÁRIO

O desenho da rede de atenção psicossocial (RAPS) e a matriz de competências	2
Estratégias de desinstitucionalização: o papel dos SRT e do PVC	4
Divisão de competências administrativas entre os entes federativos	4
Diretrizes de atuação estratégica para a Defensoria Pública	5
Modelos de peças	7
Referências bibliográficas	8

O desenho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a matriz de competências



Normativamente, a Política Nacional de Saúde Mental está consolidada no anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, que reuniu diversas portarias editadas sobre atenção à saúde mental, inclusive a Portaria MS/GM nº 3.088/2011. No âmbito estadual, as diretrizes gerais dos serviços são reguladas pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.767/2022.

A RAPS é uma rede regionalizada, territorial e intersetorial, em que o cuidado deve ser prestado no ambiente mais próximo possível da comunidade do paciente. É crucial que os defensores e equipes técnicas compreendam a competência de cada componente da rede:

Componente I

Atenção básica em Saúde (porta de entrada)

É a referência coordenadora do cuidado. A desassistência crônica neste nível empurra o paciente para a crise aguda.

Unidade básica de saúde (UBS): realiza o acolhimento, diagnóstico precoce e manejo longitudinal de transtornos leves a moderados, incluindo a dispensação de medicamentos essenciais (RENAME).

Equipes multiprofissionais (eMulti / antigo NASF – Portaria GM/MS nº 635/2023 do Ministério da Saúde): prestam apoio matricial. Compartilham casos complexos com a equipe da UBS e auxiliam na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é um conjunto de condutas e propostas de cuidado integrado criado por uma equipe interdisciplinar para casos de saúde mais complexos e construído ativamente com o usuário e sua família.

Consultório na rua (eCR): atua na lógica da redução de danos diretamente in loco. Formado por equipes multiprofissionais, é vital para populações em extrema vulnerabilidade e situação de rua, promovendo o vínculo clínico sem a exigência de abstinência prévia.

Centros de convivência e cultura (CECOs – Portaria GM/MS nº 5.738/2024): espaços comunitários e de portas abertas focados em inclusão social, arte, cultura e reabilitação psicossocial.

Componente II

Atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS)

Dispositivos comunitários e intensivos que substituem o hospital psiquiátrico, focados em transtornos graves, persistentes e uso de substâncias.

Cabe ao CAPS acolher o usuário, coordenar o fluxo assistencial e construir o Projeto Terapêutico Singular (PTS), mesmo quando a porta de entrada inicial tiver sido a Atenção Primária, o SAMU ou as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

(continua)

CAPS I e II: funcionamento é diurno e não oferece acolhimento noturno. O CAPS I atende todas as faixas etárias e é indicado para municípios com mais de 15 mil habitantes, enquanto o CAPS II tem foco adulto, para municípios com mais de 70 mil habitantes.

CAPS III e CAPS AD III (álcool e drogas) (24 horas): peças-chave para evitar internações. Possuem leitos de acolhimento noturno para estabilização de crises severas e manejo de abstinência, mantendo o paciente no território. Indicados para localidades com mais de 150 mil habitantes. Municípios de médio porte comumente sofrem com redes incompletas, e não oferecem esse serviço.

CAPS i (infantojuvenil): dedicado a crianças e adolescentes, para municípios com mais de 70 mil habitantes.

Componente III

Urgência e emergência (manejo da crise)

SAMU 192: abordagem pré-hospitalar humanizada. A contenção deve ser técnica e não pautada pelo uso de força policial (salvo risco iminente à integridade física).

UPAs 24h e Salas de Estabilização: locais para estabilização clínica e química imediata. Não são espaços de internação ou moradia. O paciente deve ser estabilizado e rapidamente regulado para o CAPS III ou Hospital Geral.



Componente IV

Atenção hospitalar (atendimento excepcional)

A internação psiquiátrica em leitos públicos ou conveniados (Art. 4º da Lei nº 10.216/2001) é estritamente residual, e só juridicamente admitida após esgotadas todas as alternativas terapêuticas extra-hospitalares da RAPS. O encaminhamento deve partir exclusivamente de centros de referência de saúde mental públicos (CAPS) ou de serviços públicos de emergência psiquiátrica. É indispensável a existência de laudo emitido por médico especializado, de preferência se pertencente aos quadros desses serviços públicos autorizados. A duração é restrita ao período mínimo necessário para a estabilização da crise, visando o rápido retorno ao ambiente extra-hospitalar.

Vagas e regulação dos leitos de internação: Os CAPS III, CAPS AD III e os pontos de urgência (UPAs e Prontos-Socorros) possuem acesso direto à Central de Operações para Regulação Estadual (CORE/MG), plataforma na qual realizam o cadastro de solicitações de transferência e internação em leitos de saúde mental. Equipamentos sem funcionamento 24h devem estabilizar o paciente na porta de urgência do município para que esta proceda à inserção no sistema.

- **Leitos em hospitais gerais:** o local adequado para internações de curta duração (remissão de sintomas agudos ou comorbidades físicas graves). Promove alta precoce e vinculação pós-alta ao CAPS.
- **Hospitais psiquiátricos:** o modelo asilar tradicional, em processo legal de fechamento programado. A permanência prolongada nestes locais caracteriza violação de direitos humanos.

Estratégias de desinstitucionalização: o papel dos SRT e do PVC

A transição para a vida em liberdade de pacientes cronicamente institucionalizados depende de dois pilares fundamentais de reinserção, frequentemente negligenciados pelo poder público:

- **Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)** – são casas (moradias inseridas no espaço urbano) destinadas a acolher pessoas com transtornos mentais graves que permaneceram anos em hospitais psiquiátricos e perderam seus laços familiares e sociais. O cuidado clínico desses moradores passa a ser feito pelo CAPS de referência, enquanto o SRT garante o direito básico à moradia e à reconstrução do cotidiano. Financiamento e a Execução: O SRT possui custeio compartilhado tripartite via SUS. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais fornecem o aporte financeiro e o apoio normativo, mas a execução e gestão direta são de responsabilidade exclusiva das Secretarias Municipais de Saúde. Apesar da obrigatoriedade de implantação em municípios que dispõem de CAPS no território, o serviço é incipiente ou inexistente em diversas regiões, gerando vácuo assistencial crônico de pacientes aptos ao convívio comunitário.
- **Programa de Volta para Casa (PVC)** – auxílio financeiro de reabilitação psicossocial pago diretamente ao paciente que recebe alta após longos períodos de internação hospitalar ou em hospitais de custódia (mínimo de 2 anos ininterruptos), garantindo-lhe autonomia financeira mínima para reconstruir sua vida na comunidade. É um benefício federal (instituído pela Lei nº 10.708/2003), administrado pelo Ministério da Saúde; o paciente (ou representante legal) deve solicitar a inclusão diretamente ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência ou à Secretaria Municipal de Saúde.

Divisão de competências administrativas entre os entes federativos

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) opera dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) sob o regime de gestão tripartite, o que significa que o financiamento é compartilhado, mas as atribuições executivas e administrativas são delimitadas para cada ente federativo.

União (Ministério da Saúde)

A União tem um papel predominantemente normativo e de fomento financeiro, e não executa o serviço na ponta.

- **Normatização:** formula as diretrizes nacionais de saúde mental e edita as portarias que definem como os serviços devem funcionar (ex: Portaria de Consolidação nº 3/2017).
- **Habilitação de serviços:** é o ente responsável por analisar os pedidos dos municípios e estados para habilitar um serviço (como um novo CAPS). Sem essa habilitação, o serviço não recebe verba federal.
- **Cofinanciamento:** repassa recursos de custeio para a manutenção dos equipamentos da RAPS e fornece o repasse financeiro direto aos pacientes desinstitucionalizados por meio do Programa de Volta para Casa (PVC).

(continua)

Estado (Secretaria de Estado de Saúde e FHEMIG)

O Estado atua na coordenação regional, apoio técnico e regulação da rede. Como os municípios menores não conseguem ter uma rede complexa sozinhos, o Estado organiza o atendimento de forma macrorregional. No Componente IV (Atenção Hospitalar) da RAPS, o Estado também assume o papel de executor e gestor direto de hospitais e leitos.

- Coordenação e planejamento regional: é competência estadual elaborar o Plano de Ação Regional para a expansão da RAPS, organizando como os municípios de uma mesma região de saúde vão se integrar para suprir os vazios assistenciais.
- Regulação de leitos e urgências: Gerencia os sistemas de regulação de vagas do SUS, controlando o fluxo de transferências de pacientes em crise das UPAs para os leitos de saúde mental em Hospitais Gerais.
- Cofinanciamento e apoio técnico: complementa o repasse financeiro da União para os municípios e presta auxílio técnico para que as prefeituras consigam estruturar seus serviços.
- Leitos de saúde mental em hospitais gerais: muitos hospitais gerais de grande porte e referência regional são de gestão estadual. O estado é diretamente responsável por abrir, manter e equipar os leitos psiquiátricos nestas unidades.
- Hospitais Psiquiátricos Especializados: o Estado também é o gestor dos hospitais psiquiátricos tradicionais remanescentes (como o Instituto Raul Soares ou o Complexo Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena). Cabe ao ente estadual garantir o funcionamento adequado desses locais enquanto promove a desinstitucionalização progressiva de seus pacientes de longa permanência

Município (Secretaria Municipal de Saúde)

O Município é o executor primário da política de saúde mental, e gere os equipamentos da rede onde o paciente de fato é atendido.

- Execução e gestão direta: é de responsabilidade exclusiva do município a administração, contratação de pessoal e gestão direta dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), do Programa Consultório na Rua, das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), e dos Hospitais Gerais Municipais.
- Planejamento local: cabe ao ente municipal elaborar e publicar o seu Plano de Ação Municipal para a implementação e adequação da RAPS em seu território, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Diretrizes de atuação estratégica para a Defensoria Pública

Auditoria contínua das internações – o art. 23-A da Lei nº 11.343/06 determina que a Defensoria Pública seja comunicada em até 72 horas sobre qualquer internação de pessoas em situação de dependência química. A Instituição deve avaliar os laudos médicos e o tempo de permanência, impetrando *Habeas Corpus* para cessar restrições de liberdade abusivas, prolongadas ou realizadas em clínicas sem habilitação ou em comunidades terapêuticas.

Fomento à intersetorialidade – articulação extrajudicial entre a rede de saúde (UBS, CAPS, hospitais) e o sistema de justiça, por meio de inspeções e vistorias nos equipamentos públicos, e participação em audiências públicas e reuniões com entidades da sociedade civil, pautadas no diálogo na escuta ativa dos usuários dos serviços, bem como de seus familiares.

Tutela coletiva e litigância estrutural – o enfrentamento das debilidades da RAPS (gargalos sistêmicos como a escassez de CAPS III, CAPS AD e Serviços de Residência Terapêutica) exige o manejo estratégico da tutela coletiva, visando compelir os municípios e estado a estruturarem suas redes.

Dentro desse contexto, a Coordenadoria Estratégica de Tutela Coletiva (CETUC) da DPMG se mostra essencial como instância de apoio técnico e estratégico aos defensores públicos que atuam em cidades de pequeno e médio porte, onde muitas vezes há limitações de equipe e de recursos.

A CETUC tem papel decisivo na coleta e integração de informações, na produção de memorandos (com análise das informações e documentos, e do diagnóstico), na expedição de ofícios e recomendações, na elaboração de peças jurídicas e na articulação com os diversos segmentos sociais.



1

Fase preparatória – o objetivo é mapear o funcionamento local da RAPS e identificar os vazios assistenciais. Abertura de Procedimento Administrativo de Tutela Coletiva (PTAC), por meio de portaria; expedição de ofícios requisitórios ao estado e aos municípios, para que prestem informações sobre o funcionamento dos serviços; e vistorias técnicas nos equipamentos para documentar, por exemplo, superlotação, falta de vagas, debilidades estruturais, insuficiência de recursos humanos e ausência de acolhimento noturno. É possível também promover encontros e reuniões com entidades da sociedade civil, movimentos sociais, conselhos de saúde, agentes públicos, familiares e usuários dos serviços de saúde mental, além de colher relatos dessas pessoas, por meio de termos de declaração anonimizados. Tais diligências, com a participação de diversos atores sociais, geram aumento da legitimidade e da credibilidade das ações.

2

Fase de negociação extrajudicial – uma vez diagnosticadas as falhas sistêmicas na prestação dos serviços, a atuação coletiva prioriza a via extrajudicial e o fomento à desjudicialização, valendo-se da expedição de recomendações administrativas e da tentativa de celebração de Termos de Ajustamento de Conduta (TAC),

(continua)

com a previsão, por exemplo, de publicação de um Plano de Ação Municipal, fixação de prazos para que o município apresente um cronograma de expansão da rede, exigindo a implementação de serviços, como CAPS III e SRT, contratação de equipes mínimas e a correção de fluxos irregulares. Cabe também promover reuniões intersetoriais com equipes técnicas de órgãos especializados, secretariado, gestores públicos, etc., a fim de orientar e conscientizar os agentes.

3

Fase judicial – em caso de inércia governamental ou de recusa em sanar as irregularidades consensualmente, a tutela coletiva adentra a esfera judicial sob a roupagem do litígio estrutural, que garante a possibilidade de flexibilização procedimental, formulação de pedido genérico, atenuação das regras de congruência objetiva e da estabilização objetiva da demanda, etc. Nesse cenário complexo, a pretensão não se resume a uma condenação pecuniária ou a obrigações de fazer engessadas, mas demanda a intervenção prospectiva do Poder Judiciário para reverter uma situação de violações de direitos na política de saúde mental local. A postulação central requer que o ente estatal seja instado a apresentar, em juízo, um plano estrutural de adequação da RAPS, contemplando um cronograma factível, metas de curto, médio e longo prazos, indicadores de cumprimento e a respectiva dotação orçamentária. Dessa forma, instaura-se um processo dialógico de execução continuada, no qual a decisão judicial atua como catalisadora da formulação e efetivação da política pública, assegurando que o tratamento em saúde mental obedeça aos padrões constitucionais de eficácia e humanização.

Modelos de peças

Para subsidiar a atuação prática imediata nas unidades da Defensoria Pública, esta Câmara de Estudos disponibiliza os seguintes modelos de minutas (*para acessar, clique nos links*):

- Modelo de Portaria de Instauração de Procedimento Coletivo – formalização do acompanhamento da política pública de saúde mental local.
- Modelo de Recomendação Administrativa
- Modelo de Petição Inicial de Ação Civil Pública

Portaria PTAC – Saúde Mental e RAPS

**Recomendação Administrativa Município
Saúde Mental e RAPS**

Petição Inicial ACP – Saúde Mental e RAPS

Referências bibliográficas

VIVAS, Marcelo Dayrell. *Direito à saúde mental no Brasil: ficção ou realidade?* Histórico, normativas, políticas públicas e judicialização. Belo Horizonte: Dialética, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html.

MINAS GERAIS. Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais. *Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.767*, de 22 de março de 2022. Aprova as diretrizes gerais dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://portal-antigo.saude.mg.gov.br/deliberacoes>

TJ-MG –AC: 00176892020158130123 Capelinha, Relator Des.(a) Albergaria Costa, Data de Julgamento: 11/07/2019, 3ª Câmara Cível. Data de Publicação: 23/07/2019.

TJ-RJ – APL: 00019746220168190081 202200186313, Relator Des(a). Alexandre Eduardo Scisinio, Data de julgamento: 15/02/2023, Vigésima Câmara Cível. Data de publicação: 23/02/2023.

TJ-RJ – Remessa Necessária: 00020852920128190035 201629600465, Relator Des(a). André Emilio Ribeiro Von Melentovytych, Data de Julgamento: 14/02/2017, Sexta Câmara de Direito Público. Data de Publicação: 16/02/2017.



Câmara de Estudos de Direitos Humanos e Tutela Coletiva da DPMG

AUTORES:

Aylton Rodrigues Magalhães
Felipe Augusto Cardoso Soledade
Lucas Faria Alves
Nycole Lins Gonzaga



DPMG
DEFENSORIA PÚBLICA DE MINAS GERAIS

Visite também (público interno) a Base de Conhecimento na Intranet (*Gerais*) e veja as informações/documentos/ modelos produzidos por esta Câmara.

APOIO:

Assessoria de Comunicação e Cerimonial (ASCOM)

Daniele Magalhães – Diagramação
Lúcia Helena de Assis – Revisão

Ilustrações disponíveis em: br.magnific.com