



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

KARINE CORREIA COELHO SCHUSTER

ADOCIMENTO MENTAL: EFETIVAÇÃO JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE

FORTALEZA – CEARÁ

2016

KARINE CORREIA COELHO SCHUSTER

ADOCIMENTO MENTAL: EFETIVAÇÃO JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva. Linha de pesquisa: Política, gestão e avaliação.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge.

FORTALEZA-CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Schuster, Karine Correia Coelho .

Adoecimento mental: efetivação jurídica do direito à saúde [recurso eletrônico] / Karine Correia Coelho Schuster. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 105 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.^a Dra. Maria Salete Bessa Jorge..

1. Adoecimento mental. 2. Direito à saúde. 3. Efetivação jurídica. I. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itapery - 60740-000 - Fortaleza - CE
FONE: (0xx85) 3101.9826

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **“Adoecimento Mental: efetivação jurídica do direito à saúde”.**

Nome da Mestranda: **Karine Correia Coelho Schuster**

Nome da Orientadora: **Prof. Dra. Maria Salete Bessa Jorge** (Orientadora)

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA /CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

(Orientadora)

Prof. Dr. Andréa Caprara

(1º membro)

Prof. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira

(2º membro)

Data da defesa: 14/07/2016

Aos meus filhos, pela felicidade e
razão de existir.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e por todas as realizações nesta existência.

À professora Salete, orientadora, pela possibilidade de fazer descobrir em mim um perfil de pesquisadora.

Aos professores, Andrea Caprara e Thereza Maria Magalhães Moreira pelo apoio e por aceitarem participar da minha banca.

Aos professores e demais servidores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela dedicação ao curso.

À Universidade Estadual do Ceará e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela formação profissional.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela concessão de bolsa de auxílio financeiro, proporcionando minha formação.

“A força se manifesta na fraqueza”
(Segunda carta aos Coríntios)

RESUMO

A busca pela efetivação do direito à saúde é uma realidade presente nos tribunais. As decisões emitidas e publicadas pelos tribunais mostram casos concretos, como foram compreendidos e solucionados. Constituem uma oportunidade para que possam ser realizadas reflexões sobre as necessidades das pessoas em adoecimento mental e falhas nas ações de prevenção e prestação dos serviços de saúde. Neste sentido, a presente pesquisa ultrapassa o campo das leis, adentrando no campo das jurisprudências, as quais contêm as concepções dos tribunais para o atendimento das demandas. O despertar desta pesquisa parte da necessidade de se conhecerem os casos que chegam à esfera jurídica em busca de uma solução, pois, na verdade, representam falhas do Sistema de Saúde, que merecem ser investigadas. O Sistema de Saúde tem o funcionamento das ações e serviços de saúde regulamentados por uma grande quantidade de leis, decretos, resoluções e portarias. A legislação em saúde é extensa e entrelaça os conhecimentos do Direito e da Saúde. A compreensão sobre a aplicação desta legislação, de como ela se dá na prática cotidiana torna-se necessária para os gestores e para todos nós que precisamos da prestação dos serviços de saúde. O objetivo geral foi à compreensão da efetivação jurídica do direito à saúde das pessoas em adoecimento mental, considerando a política de atenção à saúde mental, a legislação e o modo como a jurisprudência vem apontando soluções para as demandas judiciais destas pessoas. O método desenvolvido foi o estudo documental, jurisprudencial. A análise foi realizada considerando a hermenêutica tradicional filosófica de Hans-Georg Gadamer. Buscou-se a compreensão dos fenômenos sociais que se escondem atrás das palavras presentes nos documentos jurídicos. Permite, dessa maneira, refletir sobre a essência humana na perspectiva hermenêutica entre a prática cotidiana e o espaço da legalidade, o qual mostra excessiva quantidade de leis e regulamentos ainda estão afastados da prática cotidiana. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Ceará, no parecer nº 091765/2015. Diante das deficiências apresentadas pelo sistema de atenção à saúde mental, órgãos constitucionalmente legitimados têm proposto ação civil pública com objetivo de garantir o funcionamento adequado dos dispositivos de atenção psicossocial, tendo em vista atender às necessidades das pessoas em adoecimento mental. Conclui-se que a satisfação das necessidades das pessoas em adoecimento mental seria obtida com a prestação do serviço de forma adequada e com qualidade, pela execução de políticas públicas efetivas.

Palavras-chave: Adoecimento mental. Direito à saúde. Efetivação jurídica.

ABSTRACT

The search for the realization of the right to health is a reality present in court. Decisions issued and published by the courts show specific cases, as were understood and solved. They provide an opportunity for them to be carried out reflections on the needs of people in mental illness and failures in prevention and provision of health services. In this sense, this research goes beyond the field of law, entering the field of jurisprudence, which contain the views of the courts to meet the demands. The awakening of this research of the need to know the cases that reach the legal sphere in search of a solution, because actually represent failures of the health system, that deserve to be investigated. The health system has the functioning of health actions and services regulated by a large number of laws, decrees, resolutions and ordinances. The health legislation is extensive and interweaves the knowledge of Law and Health. The understanding on the implementation of this legislation as it happens in everyday practice becomes necessary for managers and for all of us who need the provision of health services. The general objective was to understand the legal implementation of the right to health of people in mental illness, considering the attention of mental health policy, legislation and the way the law is pointing solutions to the legal demands of these people. The developed method was documentary, jurisprudential study. The analysis was conducted considering the traditional philosophical hermeneutics of Hans-Georg Gadamer . We sought to understand the social phenomena that lie behind the present words in legal documents. Allows, thus, reflect on the human essence in the hermeneutic perspective between everyday practice and the space of legality, which shows excessive amount of laws and regulations are still away from everyday practice. This study was approved by the Ethics Committee in Research with human beings of the State University of Ceará, in the opinion nº 091765/2015. Faced with the deficiencies presented by the mental health care system, constitutionally legitimate bodies have proposed civil action in order to ensure the proper functioning of psychosocial care devices, in order to meet the needs of people in mental illness. We conclude that meeting the needs of people in mental illness would be achieved by the provision of adequate service and quality, the implementation of effective public policies.

Keywords: Mental illness. Right to health. Legal enforce.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Círculo hermenêutico de Gadamer	31
Figura 2 - Hermenêutica de Gadamer na obtenção da compreensão.....	38
Figura 3 - Etapas de análise.....	38
Quadro 1 - Relação de fontes documentais usadas na pesquisa	34

LISTA DE ABREVIATURAS

CF/88	Constituição Federal da República do Brasil de 1988
CAPS	Centro de Assistência Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	O OBJETO CONTEXTUALIZADO.....	14
1.2	OBJETIVOS.....	18
1.2.1	Geral.....	18
1.2.2	Específicos.....	18
2	MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	19
2.1	SAÚDE E REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	19
2.2	DIREITO À SAÚDE.....	22
2.3	POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	24
3	MÉTODO.....	29
3.1	OPÇÃO TEÓRICO- METODOLÓGICA.....	29
3.2	CAMINHOS DA PESQUISA.....	32
3.3	FONTES DOCUMENTAIS DA PESQUISA.....	33
3.4	DOCUMENTOS PARA ANÁLISE, CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E ESCOLHA	36
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	36
3.6	PLANO DE ANÁLISE.....	37
4	ENTRE OS DIPLOMAS LEGAIS E A SAÚDE MENTAL DA COLETIVIDADE (RESULTADOS).....	40
4.1	O DIREITO À SAÚDE E AS NECESSIDADES DAS PESSOAS.....	40
4.2	ENTRE A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A DESOSPITALIZAÇÃO: A REALIDADE COTIDIANA.....	42
4.3	A OBTENÇÃO DE DIREITOS PELA VIA JURÍDICA.....	44
4.3.1	Ações individuais.....	46
4.3.2	Ações coletivas.....	49
4.4	A AÇÃO CIVIL PÚBLICA COMO INSTRUMENTO PARA A GARANTIA DOS DIREITOS DA COLETIVIDADE.....	51
4.5	O IMPASSE FINANCEIRO.....	53
5	PONTOS DE REFLEXÃO-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
5.1	PONTOS DE REFLEXÃO-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
	REFERÊNCIAS.....	58
	ANEXOS.....	63

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (PLATAFORMA BRASIL).....	64
ANEXO B - LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.....	65
ANEXO C - LEI Nº 7347, DE 24 DE JULHO DE 1985	68
ANEXO D - PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011	74
ANEXO E -MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	86
ANEXO F - PORTARIA Nº 1.121, DE 21 DE OUTUBRO DE 2015.....	89
ANEXO G - SENTENÇA JUDICIAL AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº: 0803141-42.2012.8.20.000.....	91
ANEXO H - PROCESSO APL 08013699220148120002 MS 0801369-92.2014.8.12.000.....	101
ANEXO I - PROCESSO AC12274 SP 0012274-29.2008.4.03.6100	102
ANEXO J - PROCESSO APL 06775730620128060001 CE 0677573-06.2012.8.06.0001.....	104
ANEXO L - PROCESSO AC 70062090634 RS	105

1 INTRODUÇÃO

O interesse da pesquisadora em fundir seus conhecimentos adquiridos no campo da saúde com a sua formação jurídica marca a vontade de construir esta pesquisa, pautada na busca pela compreensão em como a demanda de pessoas em adoecimento mental chegam ao Poder Judiciário e, sobretudo, no modo em que se procura uma solução para atender às necessidades dessas pessoas.

A demanda em busca da efetivação do direito à saúde é uma realidade presente nos tribunais. As decisões emitidas e publicadas pelos tribunais mostram casos concretos, como foram compreendidos e solucionados. Constituem uma oportunidade para que possam ser realizadas reflexões sobre as necessidades das pessoas em adoecimento mental e com falhas nas ações de prevenção e prestação dos serviços de saúde. Neste sentido, a presente pesquisa ultrapassa o campo das leis, adentrando no campo das jurisprudências, as quais contêm as concepções dos tribunais para o atendimento das demandas.

O despertar desta pesquisa parte da necessidade de se conhecer os casos que chegam à esfera jurídica em busca de uma solução, pois, na verdade, representam falhas no Sistema de Saúde que merecem ser investigadas. Esta pesquisa possibilitará o conhecimento de casos, os quais chegaram em busca da efetivação jurídica do direito à saúde, dentre outros, em especial, as pessoas que estão em adoecimento mental, podendo este também ser um estado de saúde temporário.

A maneira de conduzir esta pesquisa pode evidenciar a forma como a pesquisadora percebe o fenômeno resultante da interação entre o campo da saúde mental e a concepção jurídica, além da concepção pessoal, que poderá ser diferenciada da dos leitores. A pesquisadora une os conhecimentos dos clássicos escritores jurídicos, dispostos nas Referências, como Magalhães e Diniz; com as obras da saúde, como as dos autores Amarante (saúde mental), Jorge (saúde mental), Caprara (traz a concepção da hermenêutica para a saúde) e Moreira (união entre Direito e Saúde), realizando uma conexão de conhecimentos entre a esfera jurídica e o campo da saúde.

O Sistema de Saúde tem o funcionamento das ações e serviços de saúde regulamentados por uma grande quantidade de leis, decretos, resoluções, portarias. A legislação em saúde é extensa e entrelaça os conhecimentos em Direito e Saúde. A compreensão sobre a aplicação desta legislação e de como ela se dá na prática cotidiana torna-se necessária não apenas para os gestores, mas para todos nós que precisamos da prestação dos serviços de saúde. O confronto entre o funcionamento dos serviços de saúde e os direitos

humanos e sociais das pessoas em adoecimento mental, que, muitas vezes, estão sofrendo com necessidades de tratamento e reabilitação, chega como uma demanda crescente aos tribunais em busca de efetivação. Será que a garantia dos direitos precisa chegar até a esfera jurídica para ser efetivada? O que podemos fazer para torna-los mais próximos, acessíveis e tornar desnecessário recorrer à esfera jurídica em busca de efetivação? Estas, dentre outras perguntas, tornam necessária à pesquisa sobre o tema, sobretudo quando se tratam de pessoas em adoecimento mental, as quais sempre sofreram, ao longo do desenvolvimento da história, o processo de exclusão social.

1.1 O OBJETO CONTEXTUALIZADO

Mesmo após anos do início da Reforma Psiquiátrica e da implantação dos dispositivos de atenção psicossocial, o cotidiano das pessoas em adoecimento mental ainda é marcado pela exclusão e abandono social. Nos últimos anos, ocorreu a expansão de uma rede assistencial responsável pelo cuidado destas pessoas, mas ainda há dificuldades quanto ao acesso e à prestação de serviço necessário.

A realidade e as dificuldades vivenciadas pelas pessoas em adoecimento mental, as quais possuem necessidades específicas e precisam da prestação de serviço de qualidade fazem com que existam demandas originadas destas necessidades advindas do Sistema de Saúde, as quais chegam aos tribunais e precisam ser investigadas, assim como a aplicabilidade dos regulamentos e conquistas obtidas por estas pessoas.

A realização desta investigação torna-se necessária para que possa ser feita análise da realidade, averiguação entre o que está escrito nos diplomas legais que regulamentam o funcionamento dos dispositivos de atenção psicossocial e o que, de fato, acontece no cotidiano das pessoas em adoecimento mental, as quais, ainda que provisoriamente, estão com a saúde mental comprometida.

Na experiência da pesquisadora, quando as pessoas não conseguem ter acesso às ações e serviços de saúde que precisam, recorrem ao Poder Judiciário em busca de conseguir o que necessitam. Estas pessoas buscam a efetivação jurídica de seus direitos, os quais deveriam estar disponíveis, considerando que saúde é um direito fundamental, que deve ser garantido pelo poder público. Esta efetivação jurídica é uma função jurisdicional, conhecida como jurisdição, a qual pode ser conceituada como uma função estatal, responsável pela aplicação de normas aos casos que chegam para serem resolvidos pelo Poder Judiciário. Desse modo, a falha da função estatal de prestação de serviço de saúde, a qual não foi

devidamente disponibilizada a quem precisa, chegará a um juiz ou tribunal em busca da efetivação jurídica de um direito.

Para que haja a efetivação dos direitos humanos e sociais, as pessoas em adoecimento mental ingressam nos tribunais a fim de obtê-los pela via judicial. Muitas necessidades das pessoas em adoecimento mental deveriam ser atendidas pelo Poder Público por estarem constitucionalmente garantidas, mas, de fato, isso não ocorre. Assim, estas pessoas ingressam nos tribunais a fim de que possam ter suas necessidades atendidas, chegando aos tribunais vários tipos de demandas como obtenção de medicamentos, interdição, concessão de benefícios previdenciários, internação, obtenção de leitos, dentre outros. São questões que envolvem respeito aos direitos constitucionalmente garantidos, inclusão social e questões de cidadania.

As principais mudanças na maneira de conduzir o tratamento das pessoas em adoecimento mental foram propiciadas com a queda do regime ditatorial no Brasil e o início da redemocratização. Com isso, caminhou-se para um processo de desconstrução do modelo centrado no tratamento dos pacientes em instituições centralizadoras, que eram os hospitais psiquiátricos. A expressão institucionalização é usada no sentido de expressar a centralização do atendimento em instituições específicas, mais propriamente os hospitais.

A ideologia passou a ser a superação do modelo institucional psiquiátrico existente, que isolava e desconstruía a personalidade das pessoas em adoecimento mental, processo este que ficou conhecido como desinstitucionalização da Saúde Mental. Nele, houve o fechamento de hospitais psiquiátricos. A desinstitucionalização da Saúde Mental foi marcada por um processo mais de desospitalização do que de desinstitucionalização, isso porque, na prática, foram fechados os hospitais psiquiátricos, sem que tenha havido a construção de uma eficiente rede de prestação de serviços encarregada de prestar cuidados a estas pessoas.

Para o campo da Saúde Mental, quando tomado de um ponto de vista histórico, converge uma série de saberes e práticas que, desde o final do século XVIII, configuraram um território de investigação bastante fértil. O aparecimento da psiquiatria, enquanto demarcação teórica sobre a loucura, legitimada pela discursividade científica, pôde ‘inventar’ e sustentar o hospital psiquiátrico, que, ao longo da sua existência, se transformou num laboratório, que consagrou a loucura como doença mental. Esse percurso abriu um feixe de contradições, que pode ser localizado na absorção do ‘acontecimento loucura’ pela ciência. (AKERMAN, 2013, p. 142).

O processo de evolução histórica promoveu a valorização do ser humano, principalmente pelos acontecimentos da Segunda Guerra Mundial, marcada pela morte de

pessoas e pela violação dos direitos humanos. No período pós-guerra, o homem passou a ser visto como pessoa, que precisa ter sua dignidade protegida pelo Estado e pela sociedade. Diante desse contexto, surgiu a Reforma Psiquiátrica, objetivando um tratamento mais humano para as pessoas com adoecimento mental.

Após a Segunda Guerra Mundial, muitas eram as discussões sobre as condições desumanas a que eram submetidos os ‘internos psiquiátricos’ e a ineficácia da terapia utilizada. Os doentes eram considerados loucos e nocivos à comunidade e, por isso, submetidos a uma ‘prisão’. Nesse momento, surge o movimento antipsiquiátrico trazendo uma nova ótica sobre a loucura e seus aspectos psíquicos e sociais. Essa época é marcada pela preocupação com a melhoria da qualidade de vida e da reintegração do paciente no seu contexto social, que passa a ser atendido em comunidades terapêuticas. [...]. (VIANNA; IGNÁCIO, 2006, p. 191).

A concretização do direito fundamental à saúde, disposta na Constituição Federal de 1988, ainda é um desafio para os usuários em adoecimento mental. Apesar da ampla legislação na Atenção em Saúde Mental, na prática, muitos não conseguem ter acesso ao tratamento adequado, e, quando o fazem, têm dificuldades para conseguir uma reabilitação psicossocial. Na realidade, sofrem uma grande dificuldade de aceitação pela sociedade e de readaptação e resgate da cidadania no meio social, após a realização do tratamento.

[...] a reforma psiquiátrica revela-se produto de um longo e exaustivo percurso de busca de afirmação dos direitos dos sujeitos portadores de transtornos mentais. Entretanto, muitas transformações são ainda necessárias para que eles exerçam efetivamente sua cidadania, como reais sujeitos de direito. (VENTURA, 2011, p.182).

Além do tratamento, precisam do resgate da sua cidadania e inclusão social, precisam do apoio da família e da sociedade para que possam ser reintegrados à vida em sociedade. São pessoas que precisam ter seus direitos constitucionais efetivamente garantidos, a fim de que consigam uma reabilitação psicossocial.

[...] No Brasil, a Constituição de 1988 definiu o país como um Estado democrático de direito e articulou todo um sistema de proteção aos direitos humanos, afirmando que a dignidade da pessoa humana constitui-se um dos fundamentos da República, em suporte a todos os direitos consagrados. (VENTURA, 2011, p.181).

A pesquisa engloba direitos humanos e sociais. Os direitos humanos compreendem todos aqueles integrantes das necessidades humanas a fim de possibilitar a existência em condições dignas. Estão internacionalmente consagrados. Os direitos sociais aqueles decorrentes das conquistas e movimentos sociais no decorrer do desenvolvimento histórico. O artigo 6º da CF/88 dispõe um rol taxativo contendo direitos sociais, tais como

educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados. A Lei nº 10.216/2001 relaciona um conjunto de direitos relativos às pessoas em adoecimento mental, os quais também serão abordados nesta pesquisa.

O desenvolvimento desta pesquisa é relevante para a compreensão dos motivos e necessidades em saúde das pessoas em adoecimento mental que estão promovendo ações judiciais para obtenção de direitos que deveriam ser garantidos pelo Poder Público. As razões das demandas judiciais promovidas por estas pessoas precisam ser investigadas. Além disso, realiza-se uma junção de conhecimentos jurídicos e sobre a realidade presenciada no setor saúde. Assim, a pesquisa pode contribuir para os gestores, usuários do Sistema de Saúde, profissionais de saúde e para o Poder Judiciário.

Os gestores poderão compreender falhas na rede de assistência à saúde, como e porque as necessidades das pessoas em adoecimento mental (usuários do Sistema de Saúde) não atendidas chega ao poder judiciário como demanda a ser solucionada.

Os usuários, em geral, poderão conhecer as necessidades das ações e da prestação dos serviços de saúde não atendidas e a forma como foram mediadas ao adentrarem na esfera jurídica.

Os profissionais de saúde poderão visualizar as necessidades de ações e da prestação dos serviços de saúde que geraram insatisfação aos usuários e que os remeteram até ao Poder Judiciário, permitindo a identificação de falhas e em que é possível atuar para a melhoria do funcionamento na rede de assistência à saúde.

Para o Poder Judiciário esta pesquisa possibilitará integração de conhecimento entre as áreas da saúde e jurídica, com exposição dos motivos responsáveis pela demanda de pessoas em adoecimento mental em busca de solução para os problemas não resolvidos nas redes de assistência à saúde.

O cientista do Direito, como os pesquisadores em geral, é movido pelo espírito perscrutador, que indaga o desconhecido, a fim de trazer, à luz do conhecimento, os princípios básicos que controlam a realidade (NADER, 2011).

Considerando a existência de uma demanda jurídica de pessoas em adoecimento mental que chegam aos tribunais e, pelo descrito, torna-se importante a pesquisa sobre a efetivação jurídica dos direitos das pessoas em adoecimento mental, abordando a realidade vivenciada por estas pessoas e as percepções apresentadas pelos tribunais, em busca de soluções para os casos, considerando, também, o que está disposto na legislação, a fim de esclarecer os pontos relevantes sobre o tema e, sobretudo, para subsidiar o funcionamento dos

serviços de saúde de maneira adequada, capaz de garantir tratamento digno e respeito às pessoas que precisam deste serviço. A partir do exposto, buscar-se-á desenvolver pesquisa qualitativa com análise de documentos jurídicos, para responder aos questionamentos:

- 1) O direito à saúde das pessoas em adoecimento mental está efetivamente sendo garantido? As necessidades destas pessoas estão sendo atendidas, conforme determinam a Política de Atenção à Saúde Mental e a Lei n °10.216/2001?
- 2) Caso ocorram situações de não obtenção desse direito, que situações são essas?
- 3) Quais são os principais motivos responsáveis pelas demandas judiciais das pessoas em adoecimento mental?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

- a) Compreender a efetivação jurídica do direito à saúde das pessoas em adoecimento mental, considerando a política de atenção à saúde mental, a legislação e o modo como a jurisprudência vem apontando soluções para as demandas judiciais destas pessoas.

1.2.2 Específicos

- a) Analisar o direito à saúde das pessoas em adoecimento mental estava sendo efetivamente garantido;
- b) Descrever as situações nas quais o direito à saúde não está sendo efetivamente garantido;
- c) (Dê) velar os motivos responsáveis por ocasionar o surgimento das demandas das pessoas em adoecimento mental nos tribunais, como foram resolvidas e se as pessoas tiveram suas necessidades atendidas.

2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 SAÚDE E REFORMA PSIQUIÁTRICA

Saúde é um direito constitucional fundamental, uma conquista histórica obtida pela sociedade. É de interesse público e social, estando assegurada pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) que a define em seu artigo 196 como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Para a efetivação do direito à saúde, surge o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a inclusão do S.U.S. (Sistema Único de Saúde) na Constituição de 1988, que por sua vez também foi antecipada por diversos movimentos organizados, instaura-se o marco legal que sustenta um corte no modelo de sistema de saúde no Brasil. Através dos princípios e diretrizes do novo projeto do S.U.S., o sistema de saúde sofre reformulações profundas, no âmbito jurídico-organizacional, político-administrativo e técnico-assistencial, que vão sendo implementadas gradualmente ao longo dos anos 90, enfrentando-se uma série de impasses, estando ainda em curso o processo de implementação. [...]. (AMARANTE; TORRE, 2010, p.118).

A saúde assume, portanto, um amplo aspecto de interesse público e social, contexto que confere à saúde um caráter coletivo. Neste sentido trabalha a Saúde Coletiva, com a finalidade de promover a saúde a toda coletividade de pessoas. A Saúde Coletiva é um campo amplo das ciências da saúde e dentro dela está inserida a saúde mental.

[...] Falar em saúde mental significa falar de uma grande área de conhecimento e de ações que se caracterizam por seu caráter amplamente inter e transdisciplinar e intersetorial. Vários saberes se entrecruzam em torno do campo da saúde mental [...]. (LANCETTI; AMARANTE, 2012)

A saúde mental não está restrita apenas psiquiatras, mas envolve a todos os outros profissionais de saúde e a sociedade. Assim, conforme Lancetti e Amarante, 2012, fazer a saúde mental hoje é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicopedagogos e psicólogos.

Uma visão mais humanizada sobre a vida e o homem, enquanto ser vivo e social, surge após a segunda guerra mundial. O princípio da dignidade da pessoa humana passa a vigorar na ordem mundial. Por este princípio, o ser humano precisa ser valorizado e

respeitado em sua condição humana. Posteriormente, este princípio foi incorporado na constituição brasileira de 1988, CF/88, precisamente no artigo 1º, III.

A meta central da Carta de 1988, seguindo o exemplo das Constituições modernas, é a promoção do bem-estar do homem, cujo ponto de partida está em assegurar as condições da sua própria dignidade[...]. (TJRN, Sentença nº 0803141-42.2012.8.20.0001. Juiz: Cícero Martins de Macedo Filho. RN, 13 jul. 2012).

Diante da concepção mundial dos valores humanos, o tratamento das pessoas em adoecimento mental centralizado em hospitais, isoladas das suas famílias e da convivência social tornava-se inconcebível, indigno. O ser humano, assim, era tratado em completo desrespeito a sua condição humana e social. O mundo e, também, o Brasil, precisavam mudar a forma de tratar essas pessoas. A Reforma Psiquiátrica, no Brasil e no mundo, buscava a humanização do modo de realizar o tratamento das pessoas em adoecimento mental.

Sobre a evolução histórica da Reforma Psiquiátrica no Brasil, apontam Randemark; Jorge; Queiroz, 2004, que o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica (MBRP) surgiu no Brasil na década de 1970, desenvolvendo-se efetivamente nos anos de 1980. Com caráter reformista e conotação socialista e social-democrático, o movimento propunha um novo modelo de intervenção que possibilitasse a desinstitucionalização do doente mental com a desconstrução do aparato manicomial, da construção de uma concepção diversa de doença mental e reinvenção da prática assistencial dos enfermos, de modo a possibilitar o resgate de sua cidadania e reinserção social.

[...] a Reforma Psiquiátrica traz como proposta básica eliminar os hospitais psiquiátricos, instituindo mudanças no modo de tratar o paciente, tais como: propor um novo tipo de tratamento e construção de um outro tipo de hospital que propicie mais liberdade ao usuário dos serviços. (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004).

A Reforma Psiquiátrica esta foi um movimento social iniciado no sentido de mudar a maneira como as pessoas com transtornos mentais recebiam tratamento nos hospitais psiquiátricos. O ser humano não deveria ser tratado de forma indigna. O acompanhamento terapêutico dessas pessoas deveria ser realizado de modo integral e humanizado.

Pressionada pelos avanços tecnológicos, sociais e intrínsecos aos processos de transformação pelos quais qualquer ciência é submetida no ciclo constante de renovação de ideias e agentes, a psiquiatria tradicional modificou-se e hoje vivemos uma nova realidade em termos de procedimentos, medicamentos e relação paciente-tradicional. O acompanhamento terapêutico é um produto desse processo de avanço e transformação, na busca de adaptar uma nova visão psiquiátrica a uma nova realidade social e cultural, favorecendo melhor qualidade de vida para o paciente,

que tem a oportunidade de reintegração social, se não plena, elucidativa para com as pressões que o cercam. (VIANNA; IGNÁCIO, 2006, p. 198-199).

Ocorreu o desrespeito aos direitos humanos das pessoas em situação de adoecimento mental, principalmente durante o período histórico marcado pela ditadura militar. Diante disso, surgiu o movimento antimanicomial, o qual foi muito importante para as atuais mudanças na forma de condução do tratamento dos usuários em adoecimento mental.

[...] As implantações de um modelo hospitalocêntrico privatista na Saúde, após o golpe de 1964 e a falência do sistema previdenciário brasileiro no final dos anos 70, aceleram a apresentação de propostas, que colocam a necessidade de inversão do modelo assistencial em direção à atenção básica prestada na comunidade e sustentada pela lógica do território. (AKERMAN, 2013, p. 147).

A Reforma Psiquiátrica é a ampla mudança no atendimento público em Saúde Mental, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdades, sendo amparada pela lei 10.216/2001 (SOARES, 2013, p.192).

Com a Reforma Psiquiátrica, o tratamento das pessoas em adoecimento mental deixa de ser centralizado em hospitais, e passa a incluir a família e a comunidade, com o objetivo de proporcionar a inclusão e participação social destas pessoas. Afirmam Randemark; Jorge; Queiroz, 2004 que ao pensar a substituição do antigo modelo asilar, passou-se a enfatizar a participação da família e da comunidade na custódia e responsabilidade de cuidados com o enfermo, os quais eram antes desempenhados pelos serviços de saúde. As condições dos egressos e seus familiares, porém, no decurso da Reforma, em face da responsabilidade imputada a esta, são objeto de preocupação dos profissionais e pesquisadores de saúde mental.

A Lei n °10.216/2001, anexo II, representou um marco para a Reforma Psiquiátrica no sentido de buscar concretizar outras alternativas para o tratamento das pessoas em adoecimento mental. Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Afirmam Macêdo e Jorge (1999, p.164):

A Reforma Psiquiátrica apresenta-se como um processo em evolução que necessita ter sua discussão difundida socialmente, pois a prática psiquiátrica é uma prática social, que envolve o respeito à individualidade, à liberdade e à autonomia do paciente.

A palavra institucionalização expressa a centralização do atendimento em saúde mental em instituições nucleares, notadamente hospitais psiquiátricos. A vigência da Lei

nº10.216/2001 ocasionou o fechamento dos hospitais psiquiátricos, fazendo com que os usuários em adoecimento mental ficassem inicialmente desassistidos. Essa medida ficou conhecida como a **desinstitucionalização** da Saúde Mental, que na realidade representa a **desospitalização**.

[...] A lei 10.216, conhecida por ‘ Lei Paulo Delgado’, aprovada depois de 10 anos de tramitação, constitui marco regulatório deste novo modelo: serviços de atenção a saúde mental ancorados territorialmente e organizados de forma multidisciplinar, progressiva desativação dos manicômios e instalação de alas psiquiátricas em hospitais gerais, ressocialização dos que se encontram nos manicômios, são as conquistas mais significativas reguladas nesta lei. [...]. (FONTES; FONTES, 2010, p.11).

A desinstitucionalização surge na década de sessenta, nos Estados Unidos da América do Norte, como proposta do movimento preventivista, referindo-se a um conjunto de medidas que objetivam a desospitalização. [...]. (LUIS, 1999, p.26).

O processo de Reforma Psiquiátrica ainda evolui, cotidianamente, em uma busca constante e sempre presente de pessoas e famílias que almejam a realização do tratamento em saúde mental cada vez mais próximo, humano, acolhedor. Torna-se necessária a ampliação das políticas atenção à saúde mental, as quais devem ser efetivas e capazes de atender as necessidades de uma demanda que tem se mostrado crescente a cada dia.

2.2 DIREITO À SAÚDE

Dispostos na CF/88 o poder público responsável pelo cumprimento tem o desafio de promover o direito à saúde de todas as pessoas. Afirma Bonavides (2013, p.394) “Cumprida toda uma trajetória de avanços sociais, das Constituições já não se reclamam direitos, mas garantias. Os direitos existem de sobra, com tamanha abundância na esfera programática [...]”.

O sujeito do direito à saúde é toda a população, tanto em relação às genéricas atribuições estatais de garantir a qualidade de vida (fatores determinantes e condicionantes da saúde), quanto às de recuperação e proteção da saúde, campo de atuação do SUS (SANTOS, Lenir, 2014).

A concretização dos direitos humanos e sociais previstos pelos textos constitucionais muitas vezes é negada pelos diferentes braços – diretos e indiretos – do poder público. (FARIA, 2006). Lei nº10.216/2001 dispõe um rol, não restritivos, de direitos

assegurados às pessoas em adoecimento mental, incluindo os humanos e sociais, que também foram objeto deste estudo.

Compreender como o campo jurídico enxerga o direito à saúde é fundamental para compreender como um direito inserido no rol dos direitos humanos e, portanto, tendo como sujeito toda a humanidade, pode ser requerido individualmente e garantido caso a caso. O direito à saúde, reconhecido como um direito humano fundamental encontra-se categorizado no que se convencionou chamar de Direitos Sociais ou Direitos Humanos de segunda geração. (FLEURY; FARIA, 2014).

Os direitos humanos e sociais estão, intimamente, relacionados entre si. Ambos são conquistas históricas, sendo que os direitos sociais estão mais imbricados com os movimentos e revoluções sociais.

[...] Com a expansão dos direitos humanos, que nas últimas décadas perderam seu sentido ‘liberal’ originário e ganharam uma dimensão ‘social’, ficou evidente que pertencer a uma dada ordem político- jurídica é, também, desfrutar do reconhecimento da ‘condição humana’ [...] (FARIA, 1994, p.95)

Os direitos humanos têm abordagem internacional, sendo uma conquista e garantia do ser homem (termo aqui usado para abordar sobre pessoas, independentemente do gênero) enquanto ser humano dotado de dignidade e valores morais que precisam ser respeitados. O princípio da Dignidade da Pessoa Humana, reconhecido internacionalmente, e pela nossa atual Constituição em seu artigo 1º, III é fundamentador de vários direitos.

Afirmam Moreira e Correia (2013, p.521): “A saúde, enquanto direito, é uma preocupação de todos os povos, interpelando em sua defesa vários órgãos nacionais e internacionais. Nesse âmbito, a saúde ganha sentido de direito humano.”.

Portanto, **a saúde é um direito humano** (necessário para que se possa viver em condições dignas) **e social** (resultado de conquistas sociais históricas). Estado deve proporcionar as condições necessárias para a sua garantia, devendo, para tanto, efetivar políticas públicas. O trecho abaixo, presente no anexo VI, discorre sobre o direito à saúde:

Como **direito social fundamental**, o direito à saúde enquadra-se na categoria normativa de princípio, ou seja, numa norma que tem como conteúdo um mandamento de otimização de um dado valor num ordenamento jurídico, de acordo com as possibilidades fáticas e jurídicas. Consiste, assim, num **direito *prima facie*, a ser concretizado mediante políticas públicas**. Enquanto princípio, portanto, o direito à saúde poderá ser concretizado em diversos graus, dependendo a sua realização do nível maior ou menor das viabilidades fáticas [...]. **Como regra alberga um comando definitivo a ser cumprido pelo Estado**. [...]. (TJRN, Sentença nº 0803141-42.2012.8.20.0001. Juiz: Cícero Martins de Macedo Filho. RN, 13 jul. 2012, grifo da pesquisadora).

Os direitos sociais estão relacionados, principalmente, com as conquistas obtidas ao longo da História pelas pessoas por meio dos movimentos sociais. O artigo sexto da nossa Constituição Federal traz um rol deles, descrevendo um total de dez. Assim diz: “São direitos sociais a educação, a saúde, alimentação, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, assistência aos desamparados [...]”.

Tem-se a Lei nº10.708/2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mental, egressos de internações, por exemplo. Os serviços da Rede de Atenção Psicossocial são regidos por diplomas legais específicos, como a Portaria GM 3.088, de 23 de janeiro de 2011 que institui esta para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde e a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012 que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

A legislação em saúde mental evoluiu para tentar garantir e resgatar a dignidade das pessoas que estão em adoecimento mental. Ocorre que para que uma legislação seja efetiva necessariamente ela deve se aproximar do contexto social vivenciado pelas pessoas, sendo por elas aceita. De forma interessante e digna de destaque, comenta Arnaldo Vasconcelos (2002, p. 189-190):

Observa-se, em primeiro lugar, a superabundância de legislação, como não se tem notícia em tempo algum. Legisla-se sobre tudo e sobre cada coisa demasiadamente. A respeito do mesmo assunto existem, não raras vezes, além de mais de uma lei, decretos-lei, decretos, instruções normativas, circulares e comunicados, com agravante de serem expedidos concomitantemente por órgãos da Administração Pública. [...] vai a lei afastando, cada vez mais, o Direito do povo, tornando para ele enfadonho e desinteressante, a não lhe merecer nenhum empenho quanto à sua preservação. Coisa estranha ao povo, a lei perde seu mais eficaz meio de defesa, que reside, exatamente, na geral convicção de sua necessidade, expressa através do sentimento jurídico. (grifo da pesquisadora).

Os usuários do SUS que estão em adoecimento mental precisam ser acolhidos, receber tratamento e reabilitação adequados, a fim de que possam ser reabilitados para convivência social, reconstruindo suas vidas de maneira digna no âmbito da sociedade.

2.3 POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

No âmbito da Saúde Coletiva está inserida a Atenção Básica, que representa um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas e possibilita o acesso inicial ao SUS, e

dentro desta encontra-se a Atenção à Saúde Mental. Esta é desenvolvida na Política Nacional de Atenção à Saúde Mental.

Segundo o artigo 196 da CF/88, saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Nisto reside a importância das políticas públicas, pois será através delas que ocorrerá a garantia do direito à saúde. Além disso, tais políticas devem ser executadas de forma a abranger a integralidade do atendimento compreendendo da promoção à recuperação à saúde e proporcionando o acesso universal e igualitário.

Para Fleury e Faria, 2014, a partir de Constituição, as políticas públicas de saúde passaram a ser orientadas pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema de saúde no território nacional.

Afirma Cohn, 2012, que o estudo das políticas de saúde de saúde na área da Saúde Coletiva ocupou sempre um lugar central, dada as próprias características desta área. Dentre elas, a de se constituir simultaneamente num campo de conhecimento e de práticas, envolvendo uma conjugação de perspectivas de análises que possibilite ao mesmo tempo avançar na produção do conhecimento e orientar as ações e a formulação das políticas de saúde. Em consequência, elas consistem numa vertente de estudos na área da saúde sempre muito marcada pelas questões e pelos desafios no que diz respeito à saúde que a própria sociedade impõe aos especialistas do tema, acentuando assim uma característica da própria área da Saúde Coletiva, vale dizer, de conjugar, nem sempre em tempos e instâncias distintas, a teoria e a prática.

A Política Nacional de Atenção à Saúde Mental dedica-se ao cuidado das pessoas que estão em adoecimento mental. Para Ventura (2011, p.176) “Os portadores de transtornos mentais constituem um grupo vulnerável da população, e diferentes movimentos vêm buscando a conscientização de que é fundamental a luta pela preservação de seus direitos [...]”. Neste sentido, relata a autora que a legislação em saúde mental representa um meio importante de reforçar metas e objetivos da política, garantindo um marco legal para sua implementação e aplicação.

É através da elaboração e concretização de uma política de atenção à saúde eficiente que se pode ter uma adequada e organizada prestação de serviços. Sobre a importância do serviço de saúde, explica Silva, 2013:

Um serviço de saúde de amplitude e qualidade adequadas pode satisfazer muitas necessidades da população: os serviços preventivos reduzem os riscos para a comunidade e os curativos diminuem os transtornos ou problemas pessoais de saúde, quando isso é possível, e facilitam o atendimento individual, aliviando dores e sofrimento e bem-estar do paciente.

Devido a descentralização das ações e serviços de saúde, o Município passa a ser o principal executor das ações e serviços de saúde, conforme está disposto no art. 30, VII, CF/88. Segundo Dresch, 2014, a opção constitucional de impor aos Municípios a condição de executor das políticas se justifica pelo fato de o gestor municipal estar mais próximo do cidadão, enquanto os Estados-membro e a União não possuem uma extensa rede de atendimento direto aos usuários.

As ações da política de atenção à saúde mental deverão ser desenvolvidas pela União, Estado e Municípios. Todos são responsáveis. De acordo com Dresch, 2014, embora os Municípios sejam os executores das ações e serviços de saúde, devido à organização do sistema a responsabilidade ficará limitada à atenção básica e aos procedimentos de média e alta complexidade, para as quais os Municípios pequenos não tenham capacidade instalada, devem ser encaminhados para a rede regionalizada, esta sob a coordenação do Estado. A responsabilidade pela deficiência na rede regionalizada poderá ser atribuída ao município que assumiu a responsabilidade pelo atendimento, assim como ao Estado e à União, os responsáveis pela sua organização e coordenação.

A responsabilidade pela execução da política de atenção à saúde mental é solidária entre os entes federados, ou seja, entre a União, os Estados e os Municípios. De modo que todos pela execução dela respondem. Em caso de impossibilidade da execução das ações ou prestações de serviços de saúde por um ente federado, o outro responde subsidiariamente. Assim, se o primeiro está impossibilitado de exercer, o outro vai responder pela obrigação. Porém, não há como se ausentar da responsabilidade pela execução das políticas públicas imposta pela CF/88.

A solidariedade instituída no art. 23, II, da Constituição Federal tem natureza apenas institucional, impondo à União, aos Estados-membros, ao Distrito Federal e aos Municípios a responsabilidade pela organização do sistema, com a instituição de uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, para alcançar o atendimento integral (CF, art.198). **Uma vez criada a rede de atenção com a repartição de competência (SUS) haverá o fracionamento da solidariedade, que se transforma em responsabilidade subsidiária. [...]A União e os Estados-membros continuam responsáveis subsidiários pelas deficiências nas ações e serviços de saúde que estão sob a responsabilidade do Município. A União também é responsável subsidiária pela deficiente prestação de serviços de saúde de responsabilidade dos Estados- membros. (DRESCH, 2014, p.55, grifos da pesquisadora).**

O que ocorre na prática é a responsabilização solidária, na qual os três entes da federação figuram como polo passivo das decisões judiciais, mas a cobrança recai sobre o gestor municipal, dada a proximidade do cidadão requerente, e da própria comarca deste Município da federação. Quando a ação é em capitais, a presença do Município e do Estado na mesma localidade tem gerado articulações entre os dois entes para o cumprimento das demandas judiciais, no entanto, no caso dos municípios do interior dos Estados, a responsabilidade recai integralmente sobre o gestor municipal. (FLEURY; FARIA, 2014).

Por muito tempo, o tratamento das pessoas em adoecimento mental foi realizado em um modelo centralizado em hospitais, que produzia o confinamento das pessoas, as quais ficavam completamente excluídas da sociedade, e quando saíam destes hospitais não conseguiam se reintegrar ao meio social.

Estas pessoas precisam do resgate da sua cidadania e da garantia da reabilitação psicossocial, desafio que permanece em nosso cotidiano. Neste sentido, abordam Randemark; Jorge; Queiroz, 2004, afirmando que a cidadania é a condição de poder e direitos sociais. É cidadão, todavia, aquele que tem trabalho, moradia, condições de sobrevivência, os quais, no contexto do portador de doença mental, constituem requisitos essenciais para a promoção da convivência social, do exercício pleno de direitos e da capacidade de impor respeito. Concluimos então, que, atualmente, o portador de transtorno mental não possui condições de exercer sua cidadania, uma vez que ele é mantido à margem da sociedade produtiva; em sua maioria, pertencem a estrato desprovido de poder econômico, vindo com isto comprometida a sua efetiva convivência social.

A Reforma Psiquiátrica possibilitou o surgimento de formas alternativas para tratar pessoas em adoecimento mental e o aparecimento outros serviços, os quais pertencem à Rede de Atenção Psicossocial e são regulamentados por legislações próprias. Afirma Machado (2013, p.169) que surgem os Cersams, NAPS e CAPS, que subvertem inteiramente a lógica até então adotada para a assistência psiquiátrica.

[...] no campo da Saúde Mental, foram criados os CAPS, os centros de convivência, as equipes de Saúde Mental nos centros de saúde, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), e o dispositivo do matriciamento (capacitação permanente) de Saúde Mental, dirigidos aos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF). A Lei Federal nº 10.216, aprovada em abril de 2001, foi o marco para efetivar a construção desses novos serviços de atendimento territorial. (FRANCO, 2013, p.209).

Foram criados os CAPS e uma rede de assistência em Saúde Mental como serviços destinados a substituir os hospitais psiquiátricos. Estes usuários precisam receber

assistência à saúde adequada e também a reabilitação a fim de serem reinseridos na sociedade. Neste sentido, os diplomas legais devem garantir de maneira efetiva os direitos destas pessoas como forma de construção para sua dignidade.

No campo das políticas de saúde, a pressão dos movimentos sociais pela desinstitucionalização das pessoas com transtorno mentais graves aliadas a tratamentos mais eficazes, provocou a transição ainda em curso do isolamento no hospital para um modelo de atenção na comunidade. No entanto, as principais mudanças no modelo de atenção à saúde mental no sistema de saúde brasileiro vêm acontecendo com foco nos transtornos graves, com a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Os problemas mais frequentes relacionados à população e à maior demanda para os serviços de saúde, que podem ser reunidos no conceito de transtornos mentais comuns (depressão, ansiedade, somatização), seguem desassistidos em grande parte, gerando uma abertura entre os serviços especializados e os de atenção primária. (BALLESTER, 2011, p.69-70).

Dizem Sampaio, Guimarães e Sampaio (2013, p.442) que consoante o seu caráter estratégico, os CAPS assumem posição central na articulação da rede de atenção à saúde mental, agregando os equipamentos inscritos nos níveis de atenção à saúde mental, e promovendo a reflexão crítica e permanente acerca do modelo assistencial e da clínica praticada em seu cotidiano.

É essencial a prestação adequada dos serviços de saúde. Ações de saúde devem ser desenvolvidas para garantir o bem-estar destas pessoas. Com objetivo de cuidar, proteger e fazer com que sejam respeitados os direitos das pessoas em adoecimento mental vários diplomas legais foram elaborados, produzindo direitos.

3 MÉTODO

3.1 OPÇÃO TEÓRICO- METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo documental e com análise feita à luz da hermenêutica de Gadamer. É qualitativo em virtude da natureza do objeto a ser pesquisado, o qual envolve a compreensão da efetivação jurídica dos direitos sociais das pessoas em adoecimento mental.

Afirma Neves (1996), que “nas pesquisas qualitativas, é frequente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir daí situe sua interpretação dos fenômenos estudados.”. Busca-se a compreensão dos fenômenos sociais que se escondem atrás das palavras presentes nos documentos jurídicos. Sobre o sentido da palavra hermenêutica aborda Caprara, 2003:

O termo hermenêutica na filosofia grega expressa a arte de interpretar. Com o passar do tempo adquiriu um significado mais amplo, indicando, no âmbito filosófico, diversas formas de teoria da interpretação, entre as quais o existencialismo, a fenomenologia e a própria hermenêutica, que constituem diversas formas de expressão da filosofia continental[...].

Sobre este tema, concluem Jorge, Catrib e Lira (2013, p.198) que a pesquisa qualitativa é complexa e busca sentidos, significados, experiências e subjetividades. Para adentrar esse mundo subjetivo, necessitamos compreender e explicar o fenômeno em suas diversas dimensões, com eixos teóricos, técnicas qualitativas e métodos que abrangem o sujeito numa relação sujeito-sujeito e em teorias multirreferenciais.

Compreender e interpretar fenômenos, a partir de seus significantes e contexto são tarefas sempre presentes na produção de conhecimentos, o que contribui para que percebamos vantagem no emprego de métodos que auxiliam a ter uma visão mais abrangente dos problemas, supõe contato direto com objeto de análise e fornecem um enfoque diferenciado para a compreensão da realidade. (NEVES, 1996).

Na abordagem qualitativa insere-se a pesquisa documental. Segundo Tozoni-reiz, 2009, a pesquisa documental tem como principal característica o fato de que a fonte dos dados, o campo onde se procederá a coleta de dados é um documento (histórico, institucional, associativo, oficial). Isso significa dizer que a busca de informações (dados) sobre os fenômenos investigados é realizada nos documentos, que exigem, para a produção de conhecimentos uma análise. Por documentos podemos entender, por exemplo, as normas jurídicas ou documentos oficiais de políticas públicas.

A pesquisa é documental no sentido de utilizar documentos públicos e organizá-los para estes casos, haja vista que se encontram dispersos, favorecendo uma nova fonte de consulta. O tipo de estudo é hermenêutico jurídico, crítico.

A pesquisa documental é constituída pelo exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com vistas a uma interpretação nova ou complementar. Pode ser útil para outros tipos de estudos qualitativos e possibilita que a criatividade do pesquisador dirija a investigação por enfoques diferenciados. Esse tipo de pesquisa permite o estudo de pessoas a que não temos acesso físico (distantes ou mortas). Além disso, os documentos são uma fonte não reativa e especialmente para o estudo de longos períodos de tempo. (NEVES, 1996).

A pesquisa qualitativa busca a compreensão e a interpretação de fenômenos. Relatam Jorge; Catrib e Lira (2013, p.198) que, no processo interpretativo, as linhas de produção de subjetividade são circulares, e pela formulação do círculo hermenêutico cada observação e revelação de si, do outro e da conjuntura dispara novas abordagens crítico teóricas numa (re) construção do conhecimento. Nesta perspectiva, considera-se a hermenêutica de Heidegger e Gadamer.

A hermenêutica consiste na reflexão e compreensão metadiscursiva das realidades humanas. Para Gadamer (1997), o processo hermenêutico envolve as concepções de tradição, preconceito e história que operacionalizam a elucidação interpretativa, o distanciamento e o envolvimento histórico na formulação de interrogações e sua interlocução com o sujeito, a verdade e o método. (JORGE; CATRIB; LIRA, 2013, p.198).

Para Diniz (2012, p.39) “Gadamer via a compreensão como o resultado de um diálogo entre o intérprete e o texto [...] acreditava que o texto respondia às perguntas do interprete, ao mesmo tempo em que suscitava as perguntas, em um verdadeiro círculo hermenêutico [...]”. Segundo o mesmo autor, “O plano da interpretação é precisamente o lugar privilegiado onde se desenvolve o conhecimento [...]”. Assim, o intérprete interage ativamente com o texto, formulando um diálogo interno, com perguntas e respostas, tendo como objetivo alcançar uma compreensão.

A nova hermenêutica constitucional, por sua vez, tem sido grandemente influenciada pela hermenêutica alinhada ao pensamento de Heidegger e Gadamer (MAGALHÃES FILHO, 2004).

Todo processo de conhecimento é uma interpretação da realidade. É uma elevação ao plano do pensar, da percepção imediata da realidade. Ele se insere no âmbito das duas possíveis atividades que o ser humano pode desenvolver, quando posto em contato com a realidade: reação, em que predomina o seu lado puramente instintivo

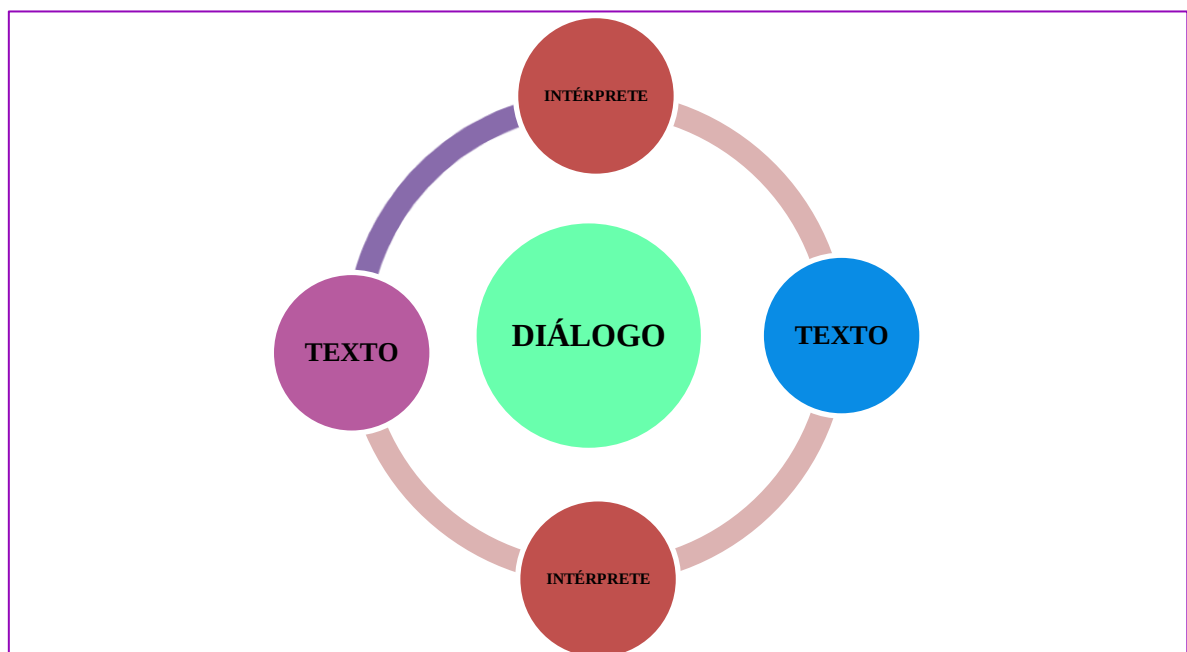
e interpretação, quando transpõe para o plano do saber o seu contato preliminar com a realidade que o circunda (DINIZ, 2002, p.197).

Caprara (2003) afirma que Gadamer propõe uma nova medicina ‘humanista’ que utiliza os instrumentos técnicos e diagnósticos, mas que ao mesmo tempo analisa o ser humano na sua totalidade, o eu ser no mundo.

A figura 1 mostra uma ilustração para a compreensão do círculo hermenêutico de Gadamer. No centro, o diálogo constante que o intérprete faz ao longo do texto, a fim de compreendê-lo. Ao realizar o diálogo com o texto, este adquire um novo sentido, e dessa maneira passa a ser percebido de forma diferente pelo intérprete.

A visão crítica ocorre com o novo sentido que será dado ao texto, aonde o intérprete reflete a sua essência humana. O diálogo que vai sendo realizado ao longo do texto é o principal elemento na busca pela compreensão. O todo interage com as partes. O texto adquire um novo sentido para o intérprete, que passa a percebê-lo de forma crítica, diferenciada, com um novo sentido. Está representado na figura por uma cor diferente, em virtude do seu novo sentido.

Figura 1 - Círculo hermenêutico de Gadamer



Fonte: Elaborado pelo autor.

Na concepção hermenêutica de Gadamer, existencial, foi realizada uma interpretação das informações de modo sistemático e integrativo, considerando a doutrina,

legislação e jurisprudência, de modo a realizar uma integração de conhecimentos. “[...] O compreender passa a ser vislumbrado a partir da experiência do próprio ato de interpretar [...]” (DINIZ, 2012, p.214).

Heidegger antecipa o significado da hermenêutica [...] mostrar, dar a conhecer ao homem o sentido do ente tal como ele é em sua manifestação ontológica. [...]. Fenomenologia, portanto, enquanto manifestação existencial, [...] significa, num sentido hermenêutico, ‘o que se mostra, o deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, assim como [ele] se mostra a partir de se mesmo’. (DINIZ, 2012, p.215).

Busca-se na doutrina, a jurisprudência e em outros documentos jurídicos, através de uma pesquisa documental, perceber o fenômeno estudado, por meio de um exame qualitativo, e uso de recursos metodológicos como a pesquisa doutrinária, legislativa e jurisprudencial disposta pelos tribunais.

3.2 CAMINHOS DA PESQUISA

Nesta pesquisa foi realizada a coleta seletiva de jurisprudência e busca pela compreensão dos fenômenos, considerando ensinamentos de Gadamer. Os documentos foram objeto de compreensão e posterior análise.

Gadamer via a compreensão como o resultado de um diálogo entre o intérprete e o texto. O referido autor acreditava que o texto respondia às perguntas do intérprete, ao mesmo tempo que nele suscitava as perguntas, em um verdadeiro círculo hermenêutico. Gadamer ensinou que a compreensão do texto estava condicionada por *pré-conceitos* e *pré-juízos*. De forma proposital, ele utilizava essas duas expressões cujo sentido atual é pejorativo. (MAGALHÃES FILHO, p. 39, 2004).

Em um primeiro momento foram realizadas coletas de jurisprudências relativas a estes casos. No segundo momento foi descrito o caso e buscou-se a existência de relações entre as variáveis e a forma como foi apresentada uma solução. Por fim, a pesquisadora fez análise crítica dos casos. Pode, em alguns momentos, emitir seu entendimento sobre os casos, e apresentar uma visão pessoal sobre a solução..

Foram coletadas jurisprudências dos tribunais disponibilizadas nos *sites* destes. Foram organizadas jurisprudências relativas às decisões emitidas pelos tribunais no que se refere ao atendimento das necessidades de saúde das pessoas em adoecimento mental. Além de jurisprudências, foram selecionados outros documentos relevantes, como, por exemplo, portaria e sentença. Os documentos foram selecionados, sobretudo, em função do grau de

relevância para a saúde mental, notadamente considerando as necessidades de atenção às pessoas em adoecimento mental.

Para a realização desta pesquisa parte-se da Lei n°10.216/2001 (Anexo II), a qual redireciona o modelo de assistência à saúde mental. Segue-se com a portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011(Anexo III), responsável por institui a Rede de Atenção Psicossocial. Em seguida, portaria n° 1.121, de 21 de outubro de 2015 (anexo IV) que desabilitou hospitais psiquiátricos, tendo por base a Lei n°10.216/2001.

Apesar desta atual desabilitação de hospitais psiquiátricos, documentos públicos comprovam haver carência de leitos e de assistência à saúde mental e que as pessoas em adoecimento mental enfrentam desafios, buscando amparo para solução de seus problemas via judicial.

Ações coletivas, como, por exemplo, a ação civil pública vem sendo interposta com intuito de concretizar as necessidades apresentadas pela coletividade de pessoas. As jurisprudências representam o resumo da decisão apresentada para a solução do caso concreto apresentado.

E, neste sentido, caminhou a pesquisa, mostrando jurisprudências, as quais contêm o entendimento dado pelos órgãos jurídicos, em busca de solucionar as dificuldades vivenciadas pelas pessoas.

A ação civil pública constitui importante via para defesa de interesses coletivos. A ação civil pública parte, muitas vezes, para a defesa de uma coletividade de pessoas que tem necessidades em comum, no caso em questão, a necessidade de assistência em saúde mental.

A pesquisa caminhou com a apresentação de uma sentença elaborada a partir de uma ação civil pública (Anexo V - ação civil pública nº: 0803141-42.2012.8.20.0001), que demonstra a carência de leitos hospitalares para as pessoas em adoecimento mental. Em meio a desabilitação de hospitais psiquiátricos, permanece a carência de leitos, necessários para dar atendimento digno a estas pessoas.

3.3 FONTES DOCUMENTAIS DA PESQUISA

As fontes documentais utilizadas nessa pesquisa foram: leis, portarias, sentença judicial e jurisprudências. Foram pesquisados documentos legais (envolvem a legislação), contemporâneos e de caráter público.

As informações são acessíveis a todos que assim desejem tê-las. O quadro a seguir relaciona as fontes documentais utilizadas nesta pesquisa. Estão dispostas as leis utilizadas, as jurisprudências e portarias escolhidas, e uma sentença selecionada para esta pesquisa.

Quadro 1 - Relação de fontes documentais usadas na pesquisa

Fontes documentais	Utilidade	Disposição	Disponibilidade
1. Leis nº 10.216 de 6 de abril de 2001. 2. Lei nº 7347, de 24 de julho de 1985.	Tem caráter geral e abrangência nacional.	1. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2. Regulamenta a ação civil pública.	1. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm – Anexo II. 2. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7347Compilada.htm – Anexo III.
1. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 2. Portaria nº 1.121, de 21 de outubro de 2015	Documentos editados pelo chefe de poder executivo, os quais contêm medidas que deverão ser cumpridas.	1. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. 2. Desabilita Hospitais Psiquiátricos.	1. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html – Anexo IV. 2. http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=104&data=22/10/2015 – Anexo V.
Sentença referente a ação civil pública nº: 0803141-42.2012.8.20.0001	Documento elaborado pelo juiz que apresenta uma decisão sobre um caso concreto	Decisão judicial sobre requisição de leitos psiquiátricos.	www.mp.mg.gov.br/portal/inicio/saude/leitos-psiquiatricos.../file - Anexo VI.
Jurisprudências: 1. APL 0801369922014812 0002 MS 0801369-92.2014.8.12.000 2. AC12274 SP 0012274-29.2008.4.03.6100 3. APL 0677573062012806 0001 CE 0677573-06.2012.8.06.0001 4. AC 70062090634 RS	Documentos que contêm decisões emitidas por um tribunal.	1. Ação civil pública quanto ao atendimento a pacientes portadores de transtornos mentais graves. 2. Ação civil pública que envolve o direito à saúde e necessidade de implementação de CAPS e SRT. 3. Fornecimento de medicamento pelo estado. 4. Obrigação solidária do poder público de fornecer serviço de saúde necessário.	1. http://tjms.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/228231836/apelacao-apl-8013699220148120002-ms-0801369-9220148120002/inteiro-teor-228231842 – Anexo VII. 2. http://trf3.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/24811976/apelacao-civel-ac-12274-sp00122742920084036100-trf3 - Anexo VIII. 3. HTTP://WWW.JUSBRASIL.COM.BR/JURISPRUDENCIA/BUSCA?Q=TRANSTORNO+MENTAL+TJ+CE - ANEXO IX. 4. http://tjrs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/150971030/apelacao-civel-ac-70062090634-rs – Anexo X.

Fonte: Elaborado pelo autor.

As leis são documentos jurídicos públicos, que atualmente estão amplamente disponíveis por meio eletrônico. As leis são elaboradas para todas as pessoas, de modo indistinto. Segue a definição dada pelo escritor França (1999, p.66-67) “[...] a lei é um preceito jurídico escrito, emanado do poder estatal competente, com caráter de generalidade e obrigatoriedade”.

A lei é um preceito. É um mandamento. Uma norma de ação humana. E nisto difere das leis físicas, que regem o Universo, sem a participação do arbítrio do Homem (FRANÇA, 1999). As Leis nº 10.216 de 6 de abril de 2001 e Lei nº 7347, de 24 de julho de 1985 foram usadas.

As leis regulam casos gerais, já as jurisprudências destinam-se a casos específicos. Jurisprudências são decisões emitidas pelos tribunais no ato da aplicação das leis, representam a interpretação e aplicação da legislação. Neste sentido, ultrapassam o texto legal, pois a estes acrescentam a valoração a um caso em questão. São documentos públicos disponibilizados pelos tribunais. Constituem a forma como os tribunais entendem a solução para problemas levados a julgamento. Estas decisões são registradas e tornam-se disponíveis para consulta pública.

Define Nader (2011, p.171) como “a reunião de decisões judiciais, interpretadoras do Direito vigente.”. Escreve este autor que “em seu contínuo labor de julgar, os tribunais desenvolvem a análise do Direito, registrando, na prática, as diferentes hipóteses de incidência das normas jurídicas [...]”.

Sobre a necessidade de se ampliar o conhecimento fornecido pelas leis, torna-se necessário o conhecimento das jurisprudências emanadas dos tribunais e sobre isto afirma Nader, 2011:

Ao revelar o sentido e o alcance das leis, o Poder Judiciário beneficia a ordem jurídica, tornando-a mais definida, mais clara e, em consequência, mais definida, mais clara e, em consequência, mais acessível ao conhecimento. Para bem se conhecer o Direito que efetivamente rege as relações sociais, não basta o estudo das leis, é indispensável também a consulta aos repertórios de decisões judiciais. **A jurisprudência constitui, assim, a definição do Direito elaborada pelos tribunais.** (Grifo da pesquisadora).

A doutrina jurídica é apresentada pelos estudiosos do campo jurídico que interpretam tanto leis, quanto jurisprudências. Apresenta estudo e crítica sobre um determinado tema jurídico. Sobre a doutrina, afirma Nader, 2011:

[...] Não deve apenas dizer o direito vigente. É indispensável submeter a legislação a juízos de valor, a uma plena avaliação, sob diferentes ângulos de enfoque. Deve acusar as falhas e deficiências, do ponto de vista lógico, sociológico e ético. É dentro de uma visão dialética de oposições doutrinárias que o progresso jurídico se torna realidade. É do contraste entre as teorias e as opiniões, do embate das correntes de pensamento, que nasce o instrumento eficaz, a fórmula ideal para reger os interesses da sociedade.

As portarias são documentos públicos, oficiais, editados pelo chefe do poder executivo competente, as quais determinam medidas ou instruções que deverão ser cumpridas.

As sentenças são documentos públicos elaborados pelos juízes. A pesquisa contém uma sentença, decisão jurídica apresentada por um juiz e uma portaria recente que desabilita hospitais psiquiátricos.

Foram coletadas jurisprudências dos tribunais, disponibilizadas nos sites destes. Serão organizadas as jurisprudências relativas às decisões emitidas pelos tribunais no que se refere ao atendimento das necessidades de saúde das pessoas em adoecimento mental.

3.4 DOCUMENTOS PARA ANÁLISE, CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E ESCOLHA

Os documentos escolhidos para coleta foram jurisprudências dos tribunais disponibilizados nos *sites*: as jurisprudências relativas às decisões emitidas pelos tribunais no que se refere ao atendimento das necessidades de saúde das pessoas em adoecimento mental.

Além de jurisprudências, foram selecionados outros documentos relevantes, como, por exemplo, portaria e sentença. Os critérios de escolha foram em função do grau de relevância para a saúde mental, notadamente considerando as necessidades de atenção às pessoas em adoecimento mental.

Quanto ao espaço temporal, foram considerados os documentos jurídicos elaborados sob a égide da Constituição Federal de 1988, precisamente considerando o artigo 196 desta, o qual relata saúde como direito de todos e dever do Estado, de modo a abranger jurisprudências elaboradas entre os anos de 2005 a 2015. Há de ser considerado que, muitas vezes, existe longo lapso temporal entre o início da ação judicial e a decisão jurídica consolidada.

Quanto ao local, considerando que a Política de Atenção à Saúde Mental é de abrangência nacional, envolvendo, desse modo, as diretrizes a serem seguidas por todos os Entes da Federação, os documentos jurídicos selecionados não serão restritos a uma determinada localidade.

As experiências vivenciadas por uma determinada unidade da federação quanto à prestação de serviços destinadas às pessoas em adoecimento mental poderão ser úteis para realização de melhorias em outras.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa não divulgará o nome das partes envolvidas nas questões judiciais, apenas colocando nomes que publicamente estiverem dispostos. As leis, doutrinas,

jurisprudências, portarias, decretos, dentre outros, estarão dispostos pelos meios eletrônicos, disponíveis para todas as pessoas poderem consultar. Será disponibilizado o link de acesso.

O acesso à pesquisa jurisprudencial é gratuito e disponibilizado pelos *sites* dos tribunais. Há casos que em que estas decisões descritas como “segredo de justiça” e, nestes casos, a consulta está restrita. Para esta pesquisa não serão utilizados tais casos, por respeito às questões éticas. Apenas serão utilizados os casos amplamente divulgados ou disponibilizados, livremente, nos sites de tribunais. Para efeitos de posterior publicação, este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e aprovado por um nº 091765/2015.

3.6 PLANO DE ANÁLISE

A análise dos conteúdos dos documentos buscou a descoberta dos sentidos, considerando a hermenêutica tradicional filosófica de Hans-Georg Gadamer, com reflexões sobre as questões dispostas.

Permite-se, assim, a busca pelos sentidos dispostos nos documentos, de forma a adotar uma compreensão humanística. As indagações realizadas ao longo da pesquisa possibilitam a formulação de novos pensamentos sobre o que dispõe os documentos.

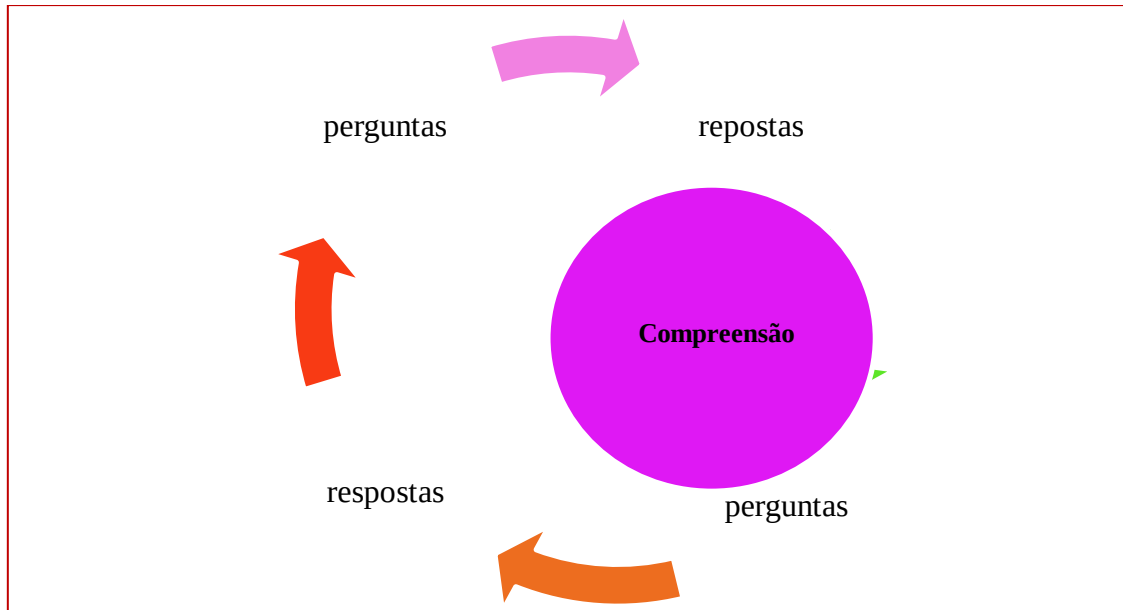
Sobre Gadamer, afirmam ARAÚJO; PAZ; MOREIRA (2012), que intelectual de a ideia central dos seus escritos é que todo entendimento ou ato de compreensão se processa essencialmente a partir do diálogo, mediante o estudo aprofundado sobre a realidade que adquirimos conhecimento. Desse modo, o diálogo constante com o texto proporciona à compreensão a aquisição de conhecimentos.

A noção de compreender é o centro da elaboração do pensamento hermenêutico gadameriano, sendo que tal atitude epistemológica não se reduz ao comportamento de objetivação frente ao objeto dado (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012).

A compreensão é um processo obtido com a realização de perguntas e respostas ao longo dos documentos, aonde o intérprete participa com abordagem ativa e crítica. As informações ordenadas, classificadas e submetidas a uma análise final. Há interação com o conteúdo de diversos autores torna possível a aquisição e enriquecimento de concepções.

Interpretar é o ato de tentar desvelar o conteúdo de um preceito, aproximando-o da realidade vivenciada ou percebida. É o ato de buscar um sentido para um conteúdo, incluindo-o num contexto vivenciado. Na busca por novos sentidos realizam-se perguntas e respostas. Neste sentido, segue-se com a figura 2, que mostra uma ilustração do uso da hermenêutica de Gadamer na obtenção da compreensão.

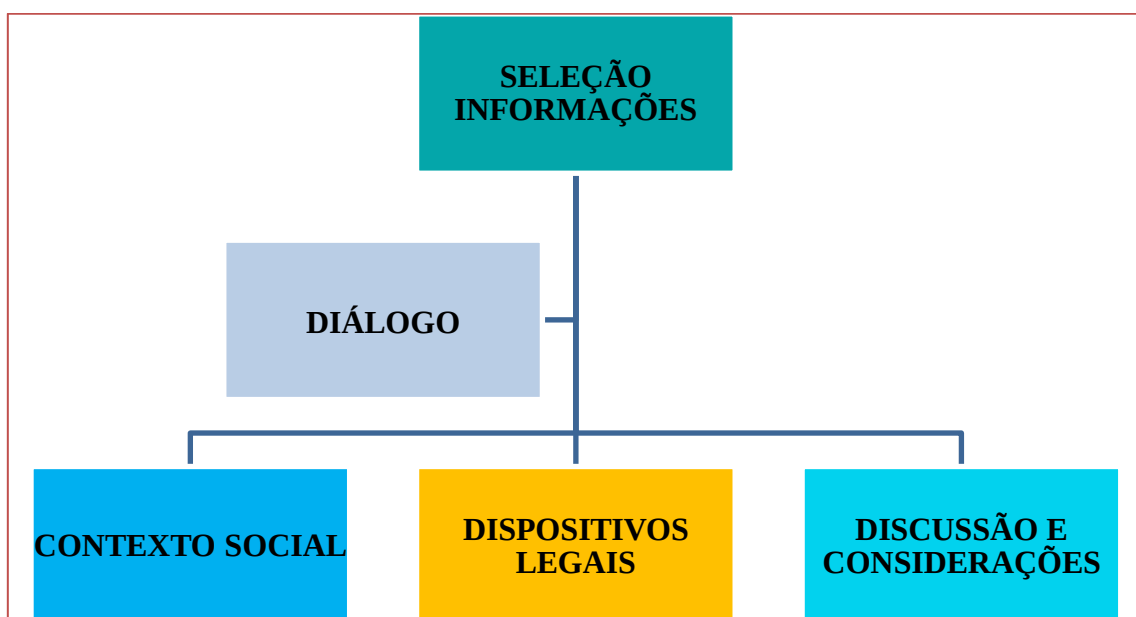
Figura 2 - Hermenêutica de Gadamer na obtenção da compreensão



Fonte: Elaborado pelo autor.

Para a realização do modo de análise das informações foram realizadas as seguintes etapas: seleção de informações, realização de diálogo contextualizado, discussão sobre o contexto social, apreciação dos dispositivos legais, e, posteriormente discussão e considerações finais. Busca-se a compreensão do texto como um todo, e a interação deste com as partes. Segue-se com a figura 3 para ilustrar o modo de análise das informações.

Figura 3 - Etapas de análise



Fonte: Elaborado pelo autor.

O compreender o contexto social é fundamental, pois os dispositivos legais que não o observam atentamente correm o risco de se tornar ineficiente. Dessa forma, todo o sistema legislativo deve ter correspondência com as necessidades da sociedade, a fim de ser efetivo, devendo estar integrado às necessidades da coletividade. Desse modo, prosseguiu esta pesquisa considerando as concepções adotadas por Gadamer.

4 ENTRE OS DIPLOMAS LEGAIS E A SAÚDE MENTAL DA COLETIVIDADE (RESULTADOS)

4.1 O DIREITO À SAÚDE E AS NECESSIDADES DAS PESSOAS

A garantia do direito à saúde é uma necessidade das pessoas em adoecimento mental. Embora esteja disposto em vários diplomas legais, como por exemplo na CF/88, legislação do SUS e na Lei n ° 10.216/2001 (anexo II) dentre outros, várias pessoas ainda não conseguem obter ações e prestações de serviço que necessitam. Os motivos são vários. O principal argumento de defesa utilizado pelos Entes federados são as limitações financeiras. Estas ultrapassam a esfera da administração do Poder Executivo, chegando à esfera do Poder Judiciário, em busca de uma solução para o impasse, conforme demonstram os documentos presentes nos anexos VI, VII, VIII, IX, X.

Percebe-se que em todos os documentos citados há uma discussão que envolve a questão financeira para a prestação de serviço adequada, e afeta, em algum ponto, a execução das políticas públicas. A solução deverá, certamente, buscar o equilíbrio entre as possibilidades financeiras e a necessidade de atenção à saúde das pessoas em adoecimento mental, considerando a essencial integração e articulação da Rede de Atenção Psicossocial.

A Rede de Atenção Psicossocial foi instituída pela Portaria n° 3088/GMMS, de 23 de dezembro de 2011, presente no anexo IV desta pesquisa. Esta Portaria preenche lacunas existentes na Lei n ° 10.216/2001, ou seja, vai suprir omissões, edificando a Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas em adoecimento mental; constituindo diretrizes e definindo objetivos para o seu funcionamento. Entre as suas diretrizes, destacam-se o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; garantia de acesso e qualidade dos serviços e ênfase em serviços de base territorial e comunitária.

Afirmam Fleury e Faria, 2014, que o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado é coerente com o valor da dignidade humana, princípio fundamental e núcleo básico do sistema constitucional instaurado em 1988.

Entre os diplomas legais e a saúde mental da coletividade existe um espaço a ser preenchido que corresponde à realidade cotidiana das pessoas que se encontram no estado de adoecimento mental e precisam do serviço assistencial de saúde eficiente, capaz de atender as suas necessidades e resolver seus problemas.

O processo de desinstitucionalização da saúde mental promovido através da reforma psiquiátrica apoiado pelo sistema legislativo ocasionou o fechamento de hospitais psiquiátricos. E isso tem sido feito ao longo dos anos. Porém, o processo de desabilitação dos hospitais psiquiátricos não ocorreu em conjunto com o funcionamento de novos dispositivos de atenção à saúde mental.

As políticas públicas não foram efetivadas concomitantemente. Assim, muitas pessoas em situação de adoecimento mental ficaram desassistidas. Desse modo, que tipo de atitude estas pessoas e seus familiares poderiam ter? Apenas esperar passivamente a boa vontade dos gestores em efetivar políticas públicas ou buscar a efetivação o direito de assistência à saúde que legalmente está garantido?

As famílias dessas pessoas também padecem com a ausência de políticas públicas efetivas. Para Vianna e Ignácio (2006, p. 195), “[...] a doença do paciente leva à desestruturação do núcleo familiar, tornando a família, como célula de convívio que é, também doente, haverá a necessidade dessa família passar por uma intervenção e ser tratada”.

Na prática cotidiana pode ser observado que quando estas pessoas recebem o tratamento necessário e adequado buscado, sentem-se satisfeitas e aprovam o serviço prestado. Quando este não lhes for correspondente, tendem a buscar o tratamento que precisam pela via jurídica. De fato, precisam da assistência à saúde e têm esse direito legalmente garantido, ainda que muitas vezes não cumprido, de modo geral, pelos gestores. Há de ser considerada a demanda crescente.

A saúde também possui diversas características que lhe oferecem contornos de direito subjetivo público, ou seja, a faculdade de agir por parte de um cidadão ou de uma coletividade para ver um direito seu ser observado. Dessa forma, possibilita que o cidadão ingresse com uma ação junto ao Poder Judiciário para exigir do Estado ou de terceiros responsáveis legais a adoção ou a abstenção de medidas concretas em favor da saúde. Ou seja, o direito à saúde também pode ser caracterizado como direito subjetivo público, que se configura como um instrumento jurídico de controle da atuação do poder estatal, pois permite ao seu titular constranger judicialmente o Estado a executar o que deve. Assim, o cidadão, a partir desta concepção de direito público subjetivo público, passa a se reconhecer como sujeito desse direito e busca concretizá-lo por meio de processos junto ao Judiciário (FLEURY; FARIA, 2014).

Mas, o que diz a lei maior sobre o direito à saúde? Afirma a CF/88, no seu artigo 196, que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção e recuperação. O termo Estado refere-se a todos os entes de federação, ou seja, a União, os Estados membros e os municípios. Este dever, portanto, pertence a todos. De forma que um ente federado não pode “jogar” a sua responsabilidade em outro.

[...] os entes públicos federados, especialmente os Estados, têm o dever, não só constitucional, sob a égide do art. 196 da Carta da República, mas também, no âmbito legal da Lei nº 10.216/ 2001, de adotar providências com vistas ao oferecimento de um tratamento mais digno e humano, na rede pública de saúde, aos portadores de transtornos mentais. (TJRN, Sentença nº 0803141-42.2012.8.20.0001. Juiz: Cícero Martins de Macedo Filho. RN, 13 jul. 2012).

Para a garantia do direito à saúde tornam-se necessárias à implementação de políticas sociais efetivas, que busquem a resolubilidade dos problemas da coletividade. Estas políticas deverão ser concretizadas de modo a possibilitar a integração da rede de assistência à saúde, com prestação de serviço com qualidade.

Outro ponto fundamental que deve ser pensado na realização das políticas sociais é a garantia do acesso, qual deverá ser universal e igualitário, além de atividades de promoção à saúde, deverá ser garantida à reabilitação das pessoas que desta precisarem.

4.2 ENTRE A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A DESOSPITALIZAÇÃO: A REALIDADE COTIDIANA

Por muito tempo, o tratamento das pessoas em adoecimento mental foi realizado em um modelo centralizado em hospitais, que produzia o confinamento das pessoas, as quais ficavam completamente excluídas da sociedade, e quando saíam destes hospitais não conseguiam se reintegrar ao meio social. Estas pessoas precisam do resgate da sua cidadania e da garantia da reabilitação psicossocial, desafio que permanece em nosso cotidiano.

A Reforma Psiquiátrica possibilitou o surgimento de formas alternativas para tratar pessoas em adoecimento mental e o aparecimento outros serviços, os quais pertencem à Rede de Atenção Psicossocial e são regulamentados por legislações próprias.

A palavra institucionalização expressa a centralização do atendimento em saúde mental em instituições nucleares, notadamente hospitais psiquiátricos. A vigência da Lei nº10.216/2001 ocasionou o fechamento dos hospitais psiquiátricos, fazendo com que os usuários em adoecimento mental ficassem inicialmente desassistidos. Essa medida ficou conhecida como a **desinstitucionalização** da saúde mental, que, na realidade, tem representado um processo de **desospitalização**. A intenção era retirar o atendimento

centralizado e institucionalizado em hospitais, porém deveria haver uma rede de assistência à saúde mental preparada para receber a demanda de pessoas atendidas pelos hospitais.

O Ministério da Saúde brasileiro traçou uma nova política de Saúde Mental, na qual se salienta que o tratamento/cuidado dos pacientes portadores de transtornos mentais deve ser feito em dispositivos descentralizados e vinculados aos territórios. Para atender esse fim, no campo da Saúde Mental deve ser feito em dispositivos descentralizados e vinculados aos territórios. Para atender a esse fim, no campo da Saúde Mental, foram criados os CAPS, os centros de convivência, as equipes de Saúde Mental nos centros de saúde, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), e o dispositivo do matriciamento (capacitação permanente) de Saúde Mental, dirigidos aos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF). A Lei Federal nº 10.216, aprovada em abril de 2001, foi o marco para efetivar a construção desses novos serviços de atendimento territorial. (FRANCO, 2013, p.209).

A portaria nº 1.121, de 21 de outubro de 2015 (anexo V) representa uma atual comprovação deste processo de desospitalização. Ela determina a desabilitação de hospitais psiquiátricos, fundamentando-se, principalmente na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Segue abaixo um trecho desta lei para análise:

[...]os recursos financeiros restantes após a redução de leitos, em cada etapa e a cada nova redução, permanecerão nos tetos municipais e estaduais, quando em gestão plena do sistema, para utilização na rede local, microrregional e regional de serviços de saúde mental, de modo a apoiar o financiamento da implantação e manutenção de CAPS, serviços residenciais terapêuticos e outros serviços de saúde mental nos municípios de destino dos pacientes desinstitucionalizados, bem como custear equipes para suporte a desinstitucionalização [...] (grifos da pesquisadora)

Pode ser questionado, com base no trecho acima, se após o fechamento destes leitos os recursos financeiros foram realmente aplicados no funcionamento dos CAPS e SRT. Se foram, por que existem reclamações das pessoas e processos jurídicos que pedem melhorias na prestação de serviços e leitos para atender aos que precisam? Será que as políticas públicas de desinstitucionalização foram executadas?

Assim como a portaria nº 1.121, de 21 de outubro de 2015, responsável pela desabilitação hospitais de psiquiátricos em várias Unidades da Federação, outras portarias também fizeram essa desabilitação de hospitais psiquiátricos justificando-se na Lei nº 10.216/2001, de ser disposta está portaria foi realizada alguma consulta que possibilitasse conhecer a realidade das pessoas que antes se utilizavam desses hospitais? Os leitos estavam sendo usados e eram necessários para as pessoas? Aqueles que estavam sendo assistidas por estes hospitais foram efetivamente acolhidas pela rede assistencial? Foram criados leitos suficientes para substituir os que anteriormente atendiam estas pessoas? Esse processo de desabilitação terá, certamente, consequências sobre muitas pessoas que precisavam desses hospitais.

A realidade mostra que existe uma carência de leitos. O fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos promove o surgimento de uma demanda por leitos em hospitais gerais, os quais já convivem com a carência de leitos para atendimento a pacientes com outras necessidades de saúde, como, por exemplo, acidentes. Dessa forma, ao se realizar o fechamento de um hospital, deverão ser implementados leitos em hospitais gerais para o atendimento.

O anexo VI contém uma sentença elaborada em resposta a uma ação civil pública impetrada pelo Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte, que comprova esta situação. Segundo este documento, a Promotoria de Justiça deste órgão buscou a abertura de leitos para pacientes com sofrimento psíquico em hospitais gerais, sendo realizada uma auditoria pelo SUS, foi proposto o TAC (termo de ajustamento de conduta) pelo Ministério Público. Porém, o Estado não apresentou nenhum projeto para a concretização do atendimento às pessoas com grave sofrimento psíquico.

Com isso, o Ministério Público ajuizou uma ação civil pública nº 0803141-42.2012.8.20.0001, a fim de exigir que o Estado prestasse o atendimento necessário para estas pessoas. Afirmou que o Estado recebeu incentivos financeiros provenientes do Ministério da Saúde, os quais se destinam à implementação de leitos em hospitais gerais e que deveria ter adotado providências visando o atendimento destas pessoas.

Ao serem desabilitados estes hospitais será que a rede de assistência à saúde mental está preparada para receber estas pessoas? Sabe-se que a demanda de atendimento em saúde mental é crescente e causada por vários fatores sociais e que a rede de assistência à saúde mental ainda enfrenta desafios para atender à necessidade da demanda. Os gestores têm conhecimento da realidade vivenciada pelas pessoas que se encontram em adoecimento mental e seus familiares? Os líderes comunitários são ativos, participantes e defensores dos interesses locais? Essas e muitas outras perguntas podem surgir.

Verificou-se ao se realizada uma pesquisa documental jurídica sobre saúde mental que a carência de leitos e a estrutura deficiente da Rede Assistencial motivaram o surgimento de ação civil pública visando atender as necessidades da coletividade. Pessoas em situação de adoecimento mental estavam sem a assistência e tratamento necessários.

4.3 A OBTENÇÃO DE DIREITOS PELA VIA JURÍDICA

A efetivação jurídica do direito à saúde está sendo abordada por diversos profissionais como **judicialização da saúde**. Esta se constitui em um processo pelo qual os

problemas existentes na área da saúde seguem para o Poder Judiciário, por meio de processos judiciais, com o objetivo de serem resolvidos pelo juiz, ou pelo tribunal, e este torne efetivo o direito à saúde, que já está disposto na legislação, coagindo o infrator ao cumprimento dos dispositivos legais.

A análise da Judicialização da saúde apresenta também aspectos positivos que devem ser considerados. Ela instiga a produção de respostas pelos agentes públicos do setor da saúde, no sentido de melhor compreender este fenômeno, no intuito de suprir eventuais falhas e disfunções da regulação do sistema de saúde para evitar novas demandas judiciais, bem como preservar os princípios e as diretrizes do SUS. É possível, também, identificar relação positiva entre o acesso à justiça e efetivação do direito, a partir do pressuposto de que a Judicialização nem sempre é uma distorção a ser combatida, nem aí, necessariamente, um desvio do Judiciário em suas funções (CHIEFFI; SIQUEIRA, 2014, p. 299).

De maneira esclarecedora, o ministro Luís Roberto Barroso, ao escrever seu artigo Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática, definiu que Judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral.

Segundo Dresch, 2014, o Estado brasileiro ainda está longe de efetivar a plenitude de acesso à saúde, o que se evidencia no exponencial crescimento da chamada ‘judicialização da saúde’, com o reiterado ajuizamento de demandas por meio das quais a população pretende assegurar, junto ao Poder Judiciário, o acesso a tratamentos (inclusive internações, transporte, ...) e medicamentos negados administrativamente.

Trata-se um processo que vai envolver os profissionais do Direito, da Saúde, os gestores e toda a sociedade, de forma geral. O que o Poder Judiciário vai fazer é, na verdade, **efetivar o direito** já disposto nos diplomas legais.

Em busca de uma solução para atender às necessidades de tratamento e acompanhamento pelo SUS, algumas das pessoas que se encontram em situação de adoecimento mental ou mesmo seus familiares têm recorrido à esfera jurídica em busca de atendimento de saúde que precisam.

Existe algo em comum neste fato? Certamente, um problema que não foi solucionado pela administração local, no sentido de atender às necessidades destas pessoas, quanto ao fornecimento da prestação de serviço adequado. Há de ser considerado que algumas pessoas possuem necessidades mais específicas e, assim, precisam receber atenção adequada.

4.3.1 Ações individuais

As ações judiciais individuais são as mais comuns. Os problemas, muitas vezes são repetitivos, o que agrava o tempo para que sejam solucionados. São as ações em que as pessoas levam, de modo individual, as suas necessidades, quanto à prestação do serviço de saúde, a fim de que estas sejam resolvidas pelo Poder Judiciário.

Nos anexos IX e X constam ações individuais, as quais contêm necessidades que são comuns a muitas outras pessoas, como, por exemplo uma ação com pedido de fornecimento de medicamento e outra ação com a necessidade de internação hospitalar e tratamento. Nesta situação, embora existam casos que, necessariamente, precisam deste tipo de intervenção clínica, o Estado tenta se omitir deste tratamento, alegando que a responsabilidade inicial é do CAPS municipal.

As ações individuais para a satisfação das necessidades da prestação dos serviços são mais prevalentes, comuns. A Defensoria Pública tem atuado nestas ações individuais, visando a garantia dos direitos destas pessoas.

No processo APL 06775730620128060001 CE 0677573-06.2012.8.06.0001, do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará (anexo IX) consta uma ação com pedido de medicamento. O Estado tenta se isentar da responsabilidade de fornecer um medicamento de elevado custo, porém a jurisprudência do Tribunal confere o sentido de compelir o Estado a fornecer a medicação e implementar Políticas Públicas para atender às necessidades das pessoas.

O que pode ser percebido por este processo? Além de uma família que sem condições financeiras para custear o medicamento de uma criança, um Estado que tenta se omitir, imputando em outro Ente federado a responsabilidade, uma administração local que não buscou a solução para o caso, o retardo na prestação da atenção à saúde necessária para a criança. Sobretudo, a não implementação de uma política pública adequada e a ausência de integração entre as Redes de Atenção à saúde.

Mas como têm ocorrido as ações judiciais em busca dos medicamentos de elevado custo para a saúde mental? Nas ações para a obtenção de medicamentos de elevado custo, o Ente Federado responsável pelo fornecimento, em sua defesa, tenta transferir a responsabilidade a outro. Observa-se o que consta no documento presente no Anexo IX:

Ementa: REEXAME NECESSÁRIO E APELAÇÃO CÍVEL. DETERMINAÇÃO DO FORNECIMENTO PELO ESTADO DO MEDICAMENTO "GAMMAR" PARA CRIANÇA ACOMETIDA DE TRANSTORNOS MENTAIS ADVINDOS

DE LESÃO E DISFUNÇÃO CEREBRAL. PREFACIAL DE ILEGITIMIDADE PASSIVA REJEITADA, CONSIDERANDO-SE A ITERATIVA JURISPRUDÊNCIA DO STJ ACERCA DA RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS EM SE TRATANDO DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS, NÃO CABENDO AO RECORRENTE, POIS, TRANSFERIR TAL ÔNUS À UNIÃO PELO FATO DE SE TRATAR DE MEDICAÇÃO NÃO PREVISTA EM LISTAS OFICIAIS. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO AO PRINCÍPIO DA ISONOMIA, PORQUANTO NÃO SE TRATA DE CONFERIR TRATAMENTO PRIVILEGIADO A PACIENTE, MAS DE COMPELIR O ESTADO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA, NESTE CASO UMA NECESSIDADE INARREDÁVEL COMO A SAÚDE, RAZÃO PELA QUAL SE AUTORIZA A INTERVENÇÃO DO JUDICIÁRIO COMO ÓRGÃO CONTROLADOR DA ATIVIDADE ADMINISTRATIVA[...]. (TJCE – Apelação nº 06775730620128060001 CE 0677573-06.2012.8.06.0001– Órgão julgador: Tereze Neumann Duarte Chaves, segunda câmara civil – julgado 04/11/2015, grifo da pesquisadora).

Que observações podem ser feitas a partir do documento acima? Trata-se de uma necessidade comum a várias pessoas, a obtenção de um medicamento de elevado custo, que deveria ser fornecido a uma pessoa que não dispõe de recursos financeiros para tanto. O impasse financeiro entra nesta questão. O Estado tenta se isentar da responsabilidade pelo fornecimento desse medicamento. O Poder Judiciário afirma que não se trata de conferir tratamento privilegiado a uma pessoa, mas de compelir o Estado ao seu dever de implementar, executar políticas públicas de atenção à saúde.

Muitas famílias não têm condições financeiras de custear internação e tratamento de seus entes que estão em situação de adoecimento mental. **Os casos de internação só deverão ser realizados diante da absoluta necessidade**, quando imprescindível, diante de um gravíssimo distúrbio mental, **constatado por médicos, objetivando assegurar o direito à vida**. A via judicial vem sendo utilizada nestes casos. Como exemplo, pode ser citado o processo AC 70062090634 RS (anexo X). O Estado tenta se isentar da responsabilidade, porém, a jurisprudência do Tribunal do Rio Grande do Sul relata ser a responsabilidade solidária e firma o entendimento da obrigação do Estado a fornecer o tratamento necessário para a pessoa que se encontra na situação de adoecimento mental.

Ementa: DIREITO À SAÚDE. INTERNAÇÃO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. PESSOA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL. OBRIGAÇÃO SOLIDÁRIA DO PODER PÚBLICO DE FORNECÊ-LA.

1. Tratando-se de pessoa que apresenta distúrbios mentais, é cabível pedir aos entes públicos a sua internação compulsória e o fornecimento do tratamento de que necessita, a fim de assegurar-lhe o direito à saúde e à vida.
2. Os entes públicos têm o dever de fornecer gratuitamente o tratamento de pessoa cuja família não tem condições de custear.
3. A responsabilidade dos entes públicos é solidária e há exigência de atuação integrada do poder público como um todo, isto é, União, Estados e Municípios para garantir o direito à saúde.

4. É solidária a responsabilidade dos entes públicos. Inteligência do art. 196 da CF. Recurso desprovido. (TJRS, Apelação Cível Nº 70062090634, Órgão julgador: Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sérgio Fernando de Vasconcellos Chaves, Julgado em 04/11/2014, grifos da pesquisadora).

Do documento integral referente ao julgamento acima (anexo X) foi retirado o seguinte trecho para a análise:

Sustenta o ESTADO... que, conforme a Lei nº 10.216/2001, as pessoas acometidas de transtornos mentais deverão ser, primeiramente, submetidas a tratamento em nível ambulatorial. Aduz que a internação deverá ocorrer primeiramente em leito clínico, sendo de curta duração e, após este procedimento, “os pacientes serão referendados a serviços extra-hospitalares que fazem parte da rede de serviços da área de abrangência do Município”. Diz que “somente em uma segunda etapa poderá haver a internação psiquiátrica, em casos extremos, sendo necessário que o paciente faça uma avaliação no CAPS municipal”, porquanto é um serviço especializado e regulador da rede de saúde mental. Afirma que a execução direta dos serviços de saúde pública é de competência municipal, a teor do que dispõe os artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal. Ressalta que o sistema único de saúde disponibiliza alternativas de tratamento para transtornos mentais, seja através de internação psiquiátrica, ou por meio dos CAPS, não cabendo à parte autora a opção por tratamentos de custos mais onerosos aos cofres públicos. Alega que conceder à parte demandante prioridade na lista de internação é favorecê-la em detrimento de outras pessoas que se encontram na mesma situação ou em situação mais gravosa, o que configura afronta ao art. 5º, **caput** e inc. II, 37, **caput** e 196, ambos da Constituição Federal. Pretende a reforma da sentença para julgar improcedente a presente ação. Pede o provimento do recurso.

Apesar de o Estado tentar se isentar do dever de fornecer o tratamento hospitalar, ele é compelido a fornecer, pois se trata de uma necessidade imperiosa à ida da pessoa, e não de um privilégio. Se a pessoa tem a necessidade devidamente comprovada, nada mais justo que o Estado a fornece.

Há casos gravíssimos, que apenas o tratamento comunitário não é capaz de solucionar. Isso vai ser definido pelo médico responsável ou por uma perícia médica. O Município, muitas vezes, não possui estrutura hospitalar capaz de fornecer o tratamento adequado, e neste caso, compete ao Estado. É possível ser visualizada a ausência de diálogo entre as Redes de Atenção à Saúde Mental estadual e municipal, a fim de resolver, administrativamente, este impasse e evitar chegar ao Poder Judiciário em busca de solução? Sim, é clara a ausência de diálogo, um tenta transferir ao outro a responsabilidade que lhe

competer. O diálogo ainda parece ser um desafio a ser superado entre os diversos gestores responsáveis pela saúde.

Seria possível o diálogo entre eles, tornando desnecessária a busca pela efetivação do direito à saúde na esfera jurídica? Sim, certamente, o diálogo possibilitaria a união, a aproximação, as trocas de informações e a integração da Rede de Atenção à Saúde, pois quando um deles não tiver possibilidade de solucionar os casos, o outro poderia ajudar. A ajuda mútua além de contribuir para a integração da rede de atendimento, tornaria mais resolutiva o atendimento das necessidades das pessoas, aumentando, desse modo, a satisfação na prestação dos serviços de saúde. Como consequência disso, provavelmente seriam diminuídas as buscas por soluções jurídicas.

4.3.2 Ações coletivas

A ação civil pública, para a defesa de interesses coletivos, tem o Ministério Público, de modo geral, se mostrando como instituição bastante atuante. Quando impetrada, a ação civil pública vai beneficiar não apenas uma única pessoa, mas toda a coletividade. E, quanto a este aspecto, são mais resolutivas, evitam várias ações judiciais individuais, as quais vem aumentando o trabalho do Poder Judiciário.

Os anexos III, VI, VII, VIII são relativos à ação civil pública. O anexo III contém a Lei nº 7347/85; o anexo VI uma sentença relativa a uma ação civil pública; anexos VII e VIII julgados de tribunais envolvendo ação civil pública.

A ação civil pública é disciplinada pela Lei nº 7347/85, disponibilizada no anexo III. Ela poderá ter por objeto uma condenação em dinheiro ou o cumprimento de uma obrigação de fazer ou não fazer. Para a saúde mental, torna-se importante via, em especial, quando à obrigação de fazer a ser imposta ao Estado, a fim de que este execute as políticas de saúde mental e, assim, evite o surgimento de novas demandas judiciais.

Apresenta-se abaixo a ementa relativa ao processo AC 12274 SP 0012274-29.2008.4.03.6100, anexo VIII, relativo ao direito à saúde. Por este pequeno trecho percebe-se que houve uma omissão do Poder Executivo quanto ao cumprimento de Políticas Públicas e implementação de CAPS e SRT. Esta ação civil pública foi proposta pelo Ministério Público Federal para a proteção e a defesa dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, considerando a Lei nº 10.216/01.

EMENTA: APELAÇÃO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. DIREITO. À SAÚDE.

PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS. IMPLEMENTAÇÃO DE CAPS E SRT. LEI Nº 10.216/01. OMISSÃO DO PODER EXECUTIVO NO CUMPRIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS. PODER JUDICIÁRIO. POSSIBILIDADE DE INGERÊNCIA. PRELIMINAR DE INCOMPETÊNCIA DO JUÍZO AFASTADA. (TRF3 – AC12274 SP 0012274-29.2008.4.03.6100 – Rel. Des. Cecília Marcondes – julgado em 19/12/2013, grifo da pesquisadora).

A Sentença referente à ação civil pública nº: 0803141-42.2012.8.20.000 (anexo VI) representa um exemplo de instrumento para a concretização dos direitos da coletividade de pessoas. O Ministério Público Estadual foi o autor de uma ação civil pública que buscava suprir a carência de leitos psiquiátricos. A sentença foi favorável à concretização dos direitos das pessoas em adoecimento mental, bem como ordenou ao Estado que suprisse a carência de leitos. Esta sentença poderá também ser consultada utilizando a numeração disposta no *site* do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte. Percebe-se a ausência da implementação de uma Políticas de Atenção à Saúde Mental adequada para fornecer a prestação de serviços aos que precisam.

Nesta sentença, elaborada pelo juiz Cícero Martins de Macedo Filho, percebe-se uma decisão pautada na proporcionalidade, visando atender às necessidades das pessoas em adoecimento mental, coagindo o Estado do Rio Grande do Norte a implementar leitos hospitalares. Adota uma concepção humanizada sobre o atendimento das necessidades das pessoas, as quais devem receber tratamento digno por parte do Estado e expõe sobre a necessidade de que sejam cumpridas as políticas públicas.

Penso não ser fácil, ou melhor, é até mesmo difícil, o controle jurisdicional da elaboração das políticas públicas voltadas para a área da saúde. No entanto, tal medida vem sendo cada vez mais exigida do Poder Judiciário, mesmo porque tais **políticas públicas são exigências da força normativa dos preceitos constitucionais afetos ao direito social à saúde**. Não é diferente no caso presente, quando pede o Ministério Público – e com acerto – que se dê **prioridade ao tratamento psiquiátrico na rede estadual de saúde, com vistas ao cumprimento, mesmo, de determinações constitucionais e legais [...]**. (TJRN, Sentença nº 0803141-42.2012.8.20.0001. Juiz: Cícero Martins de Macedo Filho. RN, 13 jul. 2012, grifos da pesquisadora).

Pelos documentos, visualizando a Portaria nº 1.121, de 21 de outubro de 2015 (anexo V) a qual vai decretar o fechamento de hospitais psiquiátricos, por conseguinte, de leitos, percebe-se que a ausência de criação de novos leitos em hospitais gerais irá gerar um conjunto de pessoas que irão precisar de atendimento, e não terão suas necessidades atendidas. Os Estados devem ter quantidade de leitos suficientes, a fim de disponibilizar para

a realização de tratamentos em saúde mental quando necessário. Isso deve fazer parte das Políticas de Atenção à Saúde Mental.

4.4 A AÇÃO CIVIL PÚBLICA COMO INSTRUMENTO PARA A GARANTIA DOS DIREITOS DA COLETIVIDADE

A Lei nº 7347, de 24 de julho de 1985 é responsável por disciplinar a ação civil pública. Atua na defesa da coletividade de pessoas. Poderá ser ajuizada pelos legalmente legitimados. Atua no sentido de defender a coletividade. As medidas conquistadas beneficiam indistintamente todas as pessoas, trazendo benefício para a coletividade.

O art.5º desta Lei contém um rol de legitimados que podem propor a ação civil pública. Nas buscas realizadas pela pesquisadora, esta deparou-se com o fato de que as ações civis públicas têm sido propostas, predominantemente, pelo Ministério Público, embora existam outros legitimados, como, por exemplo, a Defensoria Pública (foi observada maior atuação nas ações individuais de saúde) e as associações. Estas parecem que ainda não descobriram que possuem legitimidade para propor ação civil pública em defesa dos seus associados, desde que atendam aos requisitos deste artigo e possuam como finalidade institucional a defesa das pessoas, para este caso da pesquisa, a saúde mental.

O Ministério Público destaca-se nas ações coletivas. Expressa a CF/88, art. 129, que compete ao Ministério Público promover a ação civil pública para a defesa dos interesses coletivos.

Órgãos legitimados constitucionalmente, como, por exemplo, o Ministério Público tem atuado ativamente na busca da concretização dos direitos da coletividade de pessoas. Com isso, não apenas uma única pessoa será beneficiada, mas todo o grupo, indistintamente.

Concluem Fleury e Faria, 2014, que está na hora de apoiar a Judicialização que garanta a tutela coletiva do direito à saúde, ainda mais quando este se encontra ameaçado com as constantes investidas de interesses privados no interior do sistema público.

A ação civil pública tem sido utilizada para defesa de interesses coletivos. Parte, muitas vezes, para a defesa de uma coletividade de pessoas que tem necessidades em comum, no caso em questão a necessidade de assistência em saúde mental. Por meio dela poderá ser promovida a defesa dos direitos coletivos, os quais irão beneficiar não apenas a uma pessoa, mas toda a coletividade.

Certo é que o modelo de processamento e julgamento das ações envolvendo políticas públicas deve ultrapassar o processo de cognição limitado e referendado para as ações envolvendo políticas públicas deve ultrapassar o processo de cognição limitado e referendado para as ações individuais e deve necessariamente considerar os seus efeitos na coletividade, aspectos importantes para uma adequada justiça. (CHIEFFI; SIQUEIRA, 2014, p. 300).

Ainda que diante da ausência de disponibilidade orçamentária, é dever do poder público viabilizar a assistência para as pessoas e realizar planejamento para execução de medidas para atender às necessidades pessoas que se encontram em adoecimento mental. A estrutura física e quadro de pessoas trabalhando deve estar adequado para atender à demanda. Os recursos financeiros concedidos pelo governo federal deverão ser integralmente aplicados, de modo a efetivar a execução das Políticas Públicas e viabilizar o atendimento da demanda.

Mesmo havendo incentivo financeiro federal para o funcionamento dos CAPS, nem sempre as medidas necessárias para o funcionamento adequado das estruturas são adotadas. Observou-se, para este caso, a necessidade de intervenção do Poder Judiciário a fim de garantir que as Políticas Públicas fossem efetivadas.

Por esta ementa relativa ao processo AC APL 08013699220148120002 MS 0801369-92.2014.8.12.0002, anexo VII, pode se constar a deficiência de estrutural. Consta uma jurisprudência referente ao processo APL 08013699220148120002 MS 0801369-92.2014.8.12.0002, em resposta a uma ação civil pública interposta em função da necessidade de funcionamento adequado do CAPS e problemas quanto à deficiência da estrutura física e de pessoas para realização de atendimentos em saúde mental.

A rede de atenção à saúde mental não estruturada para atender à demanda crescente de pessoas em adoecimento mental gera o descontentamento da coletividade, o surgimento de casos que irão para a esfera jurídica em busca de solução.

Ação civil pública. Município de dourados. Centro de atenção psicossocial – CAPS II. Atendimento a pacientes portadores de transtornos mentais graves. Abertura de procedimento administrativo n. 04/2013 para verificar a regularidade da estrutura física e de pessoal do CAPS II após realização de auto de constatação na unidade pelo Ministério Público. Visita técnica n. 109 da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados para inspecionar a estrutura física e de pessoal do CAPS II - apresentação de relatório com as irregularidades constatadas. Realização de inspeção sanitária para verificar as condições higiênico-sanitárias, físico estruturais e procedimentos operacionais necessários para os serviços de saúde de acordo com a legislação vigente. Apontamento de irregularidades - concessão do prazo de 30 dias para regularização. Conversão do procedimento administrativo em inquérito civil. Informação sobre o descumprimento de 10 dos 16 itens irregulares apontados pela inspeção sanitária. Ajuizamento de ação civil pública para condenar o Município de Dourados a promover as adequações necessárias no CAPS II, para fins de cumprimento do estabelecido pelas portarias GM/MS 336/2002 e as RDCs da ANVISA NS. 50/02 E 63/11 – garantia de pleno, eficiente e digno atendimento psicossocial. - havendo comprovação de que o descumprimento do mínimo exigido em termos de estrutura física, quadro de pessoal, condições higiênico-sanitárias e

procedimentos operacionais para prestação dos serviços de assistência aos pacientes com transtorno mental grave no CAPS II, possível a intervenção do poder judiciário para garantir a efetivação das políticas públicas previamente estabelecidas, notadamente quando há incentivo financeiro federal. Apelação parcialmente provida. (TJMS - APL 08013699220148120002 MS 0801369-92.2014.8.12.0002 – Rel. Des. Odemilson Roberto Castro Fassa- julgado em 03/09/2015).

A falta de assistência adequada à saúde mental destas pessoas gera prejuízo a toda coletividade. Prejudica as pessoas em adoecimento e atinge os seus familiares, que sentem diretamente o drama dos seus entes queridos. A sociedade direta ou indiretamente é prejudicada. A ação civil pública tem sido oposta em desfavor de alguns entes da federação que não conseguiram atender às necessidades de tratamento em saúde mental da coletividade.

4.5 O IMPASSE FINANCEIRO

O impasse financeiro ainda é um grande problema para a efetivação das políticas públicas de atenção à saúde mental. A demanda por recursos para a execução das políticas de atenção à saúde mental é crescente. Apesar da responsabilidade ser solidária entre os entes federados, uma situação comum ocorre quando um deles tenta remeter para o outro. Essa omissão não tem sido consentida pelo Poder Judiciário, o qual com firmeza tem negado a imputação da responsabilidade de um ente federado a outro. A falta de disponibilidade orçamentária tem sido uma alegação comum por parte do Poder Executivo para realização das políticas públicas de atenção à saúde mental.

Aparentemente, os dois principais fatores responsáveis pelo descumprimento de garantia do acesso universal e atendimento integral à saúde decorrem da gestão deficiente em razão da falta de coordenação entre vários serviços, somada ao subfinanciamento do sistema. (DRESCH,2014).

A teoria da reserva do possível não pode preponderar sobre o mínimo existencial. (TJCE – Apelação nº 06775730620128060001 CE 0677573-06.2012.8.06.0001– Órgão julgador: Tereze Neumann Duarte Chaves, segunda câmara civil – julgado 04/11/2015, grifo da pesquisadora).

O Estado usa a teoria da reserva do possível em sua defesa. Segundo esta, ele só pode disponibilizar os recursos se lhe for possível. O Estado, em sentido geral, tem o dever de assegurar a garantia dos direitos individuais, bem como as condições para que as pessoas existam em condições dignas, devendo ser concedidas, pelo menos, as condições materiais mínimas para se viver com dignidade. Tais condições materiais mínimas para a existência da vida humana com dignidade são conhecidas pela doutrina como o mínimo existencial.

Desse modo, o Estado tem o dever de proporcionar esse mínimo existencial, tão necessário para resguardar o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, disposto na CF/88. Isso implica que o Estado ao elaborar seus projetos orçamentários deverá priorizar a garantia dos direitos que proporcionem condições mínimas para a existência da vida humana com dignidade.

Ao se apurar os elementos fundamentais dessa dignidade (o mínimo existencial), estar-se-á estabelecendo exatamente os alvos prioritários dos gastos públicos. O ponto que consideramos mais importante e que é, para nós, o eixo central de reserva do possível, é exatamente a necessidade de que apenas depois de se atingir esses alvos prioritários é que se possa discutir, em relação aos recursos remanescentes, em que outros projetos se deverá investir. Assim, o mínimo existencial, associado ao estabelecimento de prioridades orçamentárias, é capaz de conviver produtivamente com a reserva do possível. (TJRN, Sentença nº 0803141-42.2012.8.20.0001. Juiz: Cícero Martins de Macedo Filho. RN, 13 jul. 2012).

O impacto da judicialização da saúde nos orçamentos dos municípios tem sido, em diversos casos, devastador, a despeito do favorecimento que estes entes da federação possam ter no sistema de transferências fiscais (FLEURY; FARIA, 2014).

A não implementação e execução de uma competente Rede de Atenção à Saúde Mental tem gerado maiores custos. Uma possibilidade a ser vista seria a tentativa de solução dos problemas pela própria administração pública local. Esta poderia busca uma forma para atender às necessidades das pessoas, de modo a atender a ambos, e o conflito ser solucionado internamente. Os gestores teriam um papel fundamental, de mais iniciativa, participativo e de maior conhecimento sobre o que buscam as pessoas.

5 PONTOS DE REFLEXÃO-CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 PONTOS DE REFLEXÃO-CONSIDERAÇÕES FINAIS

A legislação evoluiu, porém, ainda não postas em prática as medidas necessárias, como por exemplo a criação de novos leitos para substituir aqueles que foram extintos e a criação de CAPS e SRT em quantidades necessárias para atender a demanda de pessoas em adoecimento mental.

Apesar de haver um imenso sistema legislativo para regulamentar as ações e serviços de saúde, estes, na prática, têm se mostrado insatisfatório, incapaz de proporcionar a concretização do direito à saúde, fazendo com que pessoas recorram ao Poder Judiciário a fim de efetivar a garantia do direito à saúde. Fato que se comprova pelas inúmeras ações judiciais em busca da garantia do direito à saúde. As pessoas que estão em situação de adoecimento mental enfrentam dificuldades para a obtenção da prestação dos serviços de assistência à saúde que necessitam.

De um lado houve a desinstitucionalização da saúde mental, com fechamento de hospitais psiquiátricos, regulamentado pela Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, e de outro não houve a implementação de uma rede assistencial de atendimento em atenção à saúde mental para as pessoas que enfrentam a situação de adoecimento mental. Este problema assistencial de saúde é comum.

Apesar desta atual desabilitação de hospitais psiquiátricos, documentos públicos comprovam que há carência de leitos e de assistência à saúde mental. Os leitos dos hospitais psiquiátricos foram fechados e, outros na rede assistencial não foram criados, paralelamente, de modo a suprir a crescente demanda pelos serviços da atenção à saúde mental. As pessoas em adoecimento mental enfrentam desafios, buscando amparo para solução de seus problemas via judicial. Ante a ausência de disponibilidade orçamentária deverá ser repensada uma maneira para atender aqueles que precisam da atenção em saúde mental.

Os motivos responsáveis por ocasionar o surgimento das demandas das pessoas em adoecimento mental nos tribunais, (dê)s velam-se diante da omissão da implementação das políticas de atenção à saúde mental. Os tribunais têm emitido decisões favoráveis no sentido de conceder a prestação do serviço de saúde para atender as necessidades das pessoas.

A efetivação jurídica do direito à saúde das pessoas em adoecimento mental é uma realidade presente nos tribunais. Diante da dificuldade de obter a prestação de serviço que precisam, as pessoas recorrem ao Poder Judiciário, a fim de concretizar o direito à saúde. A

política de atenção à saúde mental não foi implementada pelos Entes federados, de modo a dar resolubilidade as necessidades de saúde das pessoas. Esta omissão quanto a execução das políticas públicas descrita nos documentos presentes nos anexos VI, VII, VIII e IX, com grifos da pesquisadora.

As ações judiciais individuais têm sido interpostas em grande quantidade, requisitando medicamentos, leitos, atendimento, dentre outros. Porém, nem todos que precisam do atendimento necessário tem acesso à justiça e sofrem com a cotidiana realidade da carência na prestação de serviço de Atenção à Saúde Mental. Neste contexto, tem sido promovida a ação civil pública, a qual tem se mostrado como importante instrumento de defesa para a saúde coletiva, trazendo benefícios, indistintamente, para todas as pessoas.

A pesquisa documental mostrou que o Ministério Público tem atuado como entidade defensora dos direitos das pessoas. A ação civil pública foi proposta em face dos entes federados que não estavam realizando a prestação dos serviços de saúde necessários para atender a demanda das pessoas em adoecimento mental.

A ação civil pública tem sido importante meio para a defesa da Saúde Mental e Coletiva, principalmente no sentido de exigir do poder público que efetive as políticas públicas necessárias à promoção da Atenção à Saúde Mental, beneficiando a todos que dela necessitem, indistintamente. Provendo, assim, o bem comum, beneficiado toda a coletividade de pessoas.

Os Estados, de uma forma geral, tentam se isentar da responsabilidade de custear internação, leitos, medicamentos, estrutura adequada, dentre outras necessidades para a atenção e tratamento para as pessoas que se encontram em adoecimento mental, porém não eles não têm obtido êxito em suas alegações. Os tribunais têm confirmado, de forma geral, falhas quanto à implementação das Políticas Públicas. A responsabilidade quanto ao custeio do tratamento pertence a todos, sendo, portanto solidária e não comportando abstenções.

Os documentos selecionados apresentam em comum a omissão do Poder Executivo no cumprimento das políticas públicas estabelecidas pela legislação. As ações civil pública tem sido proposta principalmente pelo Ministério Público, apesar de existirem outros legitimados como a Defensoria Pública e as associações, por exemplo. As associações que cuidam da saúde mental ainda não acordaram para o fato de que legitimidade para propor ação civil pública para defesa de seus associados, desde que se enquadrem quanto a pertinência temática e atendam aos requisitos legais.

Embora existam políticas públicas voltadas para a saúde mental, nem sempre estas são devidamente executadas pelos Entes federados. Percebesse-se que a fiscalização na

execução destas políticas públicas ainda é frágil. Os tribunais, de um modo geral, têm emitido decisões favoráveis para a efetivação do direito à saúde das pessoas. Desse modo, as jurisprudências são elaboradas no sentido de exigir dos entes públicos a implementação das políticas de atenção à saúde mental. Devem ser equacionados os custos de forma a possibilitar a assistência das pessoas que se encontram em adoecimento mental. A concretização de políticas públicas de saúde pode evitar o surgimento de ações judiciais que busquem a efetivação jurídica do direito à saúde.

O processo de Reforma Psiquiátrica ainda evolui, cotidianamente, em uma busca constante e sempre presente de pessoas e famílias que almejam a realização do tratamento em saúde mental cada vez mais próximo, humano, acolhedor. Torna-se necessária a ampliação das políticas atenção à saúde mental, as quais devem ser efetivas e capazes de atender as necessidades de uma demanda que tem se mostrado crescente a cada dia.

É essencial a prestação adequada dos serviços de saúde. Ações de saúde devem ser desenvolvidas para garantir o bem-estar destas pessoas. Com objetivo de cuidar, proteger e fazer com que sejam respeitados os direitos das pessoas em adoecimento mental. Os usuários do SUS que estão em adoecimento mental precisam ser acolhidos, receber tratamento e reabilitação adequados, a fim de que possam ser reabilitados para convivência social, reconstruindo suas vidas de maneira digna no âmbito da sociedade.

Mas, certamente, a satisfação das necessidades das pessoas em adoecimento mental seria obtida com a prestação serviço adequada e de qualidade, com a execução de políticas públicas efetivas. Evitar que os problemas da Rede de Atenção à Saúde Mental cheguem até a esfera jurídica diminuirá o desgaste a ambos os lados. Seria importante a busca de solução, administrativamente, por parte dos gestores. Isso requer diálogo, integração entre as redes de atendimento nas esferas administrativas, trocas, busca interna sobre como atender os pedidos das pessoas que precisam receber tratamento específico. A formação de parceria entre os gestores poderia ser pensada? Indubitavelmente melhor que uma solução imposta por um tribunal.

REFERÊNCIAS

- ADEODATO, João Maurício. **Bases para uma metodologia de pesquisa em direito**. In: Revista CEJ, Brasília, centro de estudos judiciários do conselho da justiça federal, nº 7, abril de 1999.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. 30 anos da reforma psiquiátrica brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas públicas e da sociedade brasileira. In: LOBOSQUE, Ana Marta; SILVA, Celso Renato (Org.). **Saúde mental**: marcos conceituais e campos de prática. Belo Horizonte: CRP 04, 2013. p.113-136.
- AKERMAN, Jacques. A formação em psicologia na universidade produz e reproduz. In: LOBOSQUE, Ana Marta; SILVA, Celso Renato (Org.). **Saúde mental**: marcos conceituais e campos de prática. Belo Horizonte: CRP 04, 2013. p.138-151.
- ARAÚJO, Janieiry Lima de; PAZ, Elisabete Pimenta; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. Rev. Esc. Enferm. USP.2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a27.pdf> > Acesso em: 04 jun. 2016.
- BALLESTER, Dinarte Alexandre Prietto. O matriciamento em saúde mental: uma história em construção. In: SOARES, Marcos Hirata; BUENO, Sônia Maria Villela (Org.). **Saúde mental**: novas perspectivas. São Paulo: Yendis, 2011. Cap.5. p.69-75.
- BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática**. 2008. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com.br/artigo/luis-roberto-barroso/retrospectiva-2008-judicializacao-ativismo-e-legitimidade-democratica>>. Acesso em: 20 jun. 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Direito à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: < www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm >. Acesso em: 27 jan. 2015.
- BRASIL. Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985. Disciplina a ação civil pública. **Diário oficial da união**, Brasília, DF, 24 jul. 1985. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7347Compilada.htm >. Acesso em: 27 jan. 2015.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário oficial da união**, Brasília, DF, 06 abr. 2001. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm >. Acesso em: 27 jan. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf > Acesso em: 29 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < bvsms.saude.gov.br/bvs/.../legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf > Acesso em: 29 jan. 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.121, de 21 de outubro de 2015. Desabilita hospitais psiquiátricos. **Diário oficial da união**, Brasília, DF, 21 out. 2015. Disponível em: < <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=104&data=22/10/2015> >. Acesso em: 22 out. 2015.

BRASIL. **Tribunal Regional Federal** (3. Região) . Apelação civil nº 12274- SP0012274-2920084036100. Relatora: Desembargadora Federal Cecília Marcondes, terceira turma. Julgado em: 12/12/2013. Disponível em: < <http://trf-3.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/24811976/apelacao-civel-ac-12274-sp-0012274-2920084036100-trf3> > Acesso em: 29 Jan. 2015.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 28.ed. São Paulo: Malheiros, 2013. CAPRARA, Andrea. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, 2003.

CEARA. **Tribunal de Justiça do Estado do Ceará**. Apelação nº 06775730620128060001 CE 0677573-06.2012.8.06.0001 (TJ-CE). Órgão julgador: Tereze Neumann Duarte Chaves, segunda câmara civil. Fortaleza, 04 de novembro de 2015. Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/busca?q=Transtorno+mental+TJ+CE> > Acesso em: 29 jan. 2015.

CHIEFFI, Ana Luiza; SIQUEIRA, Paula Sue Facundo. Judicialização da saúde no estado de são paulo. In: SANTOS, Lenir; TERRAZAS; Fernanda (Org.). **Judicialização da saúde no brasil**. Campinas, SP: Saberes, 2014. p.267-301.

COHN, Amélia. **O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos**. in: campos, gestão Wagner de Souza, et al. (Orgs.). Tratado de saúde coletiva. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

DRESCH, Renato Luís. **Federalismo solidário: a responsabilidade solidária dos entes federativos na área da saúde**. in: Santos, Lenir; Terrazas; Fernanda (Org.). Judicialização da Saúde no Brasil. Campinas, SP: Saberes, 2014. p.27-57.

LANCETTI, Antonio; Amarante, Paulo. **Saúde mental e saúde coletiva**. In: Campos, Gastão Wagner de Souza, et al. (orgs.). Tratado de saúde coletiva. 2. Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

DINIZ, Marcio Augusto de Vasconcelos. **Constituição e hermenêutica constitucional**. 2. ed. Belo Horizonte: Mandamentos, 2002.

FONTES, Breno Augusto Souto Maior; FONTE, Eliane Maria Monteiro da (Org.). **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental**: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Universitária da UFPE, 2010. p. 7-21.

FARIA, José Eduardo. O judiciário e os direitos humanos e sociais: notas para uma avaliação da justiça brasileira. In: FARIA, José Eduardo (Org.) **Direitos humanos, direitos sociais e justiça**. São Paulo: Malheiros, 1994. p.94-112.

FLEURY, Sonia; Faria, Mariana. A judicialização como ameaça e salvaguarda do SUS! in: Santos, Lenir; Terrazas; Fernanda (Org.). judicialização da saúde no Brasil. Campinas, SP: Saberes, 2014. p.27-57.

FRANÇA, R. Limongi. **Hermenêutica jurídica**. 7. ed. rev. São Paulo: Saraiva, 1999.

FRANCO, Renato Ferreira. Território e subjetividade: uma (re) territorialização da loucura. In: LOBOSQUE, Ana Marta; SILVA, Celso Renato (Org.). **Saúde mental**: marcos conceituais e campos de prática. Belo Horizonte: CRP 04, 2013. p.209-216.

JORGE, Maria Salete Bessa; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; LIRA, Geison Vasconcelos. Pesquisa qualitativa em saúde: aspectos teóricos- metodológicos e sua interface com a saúde coletiva. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo Carlos da Silva (Org.). **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p.189-199.

LUIS, Margarida Antonia Villar. A respeito da exclusão: instituição asilar e desinstitucionalização. In: JORGE, Maria Salete Bessa; SILVA, Waldirene Viana da; OLIVEIRA, Francisca Bezerra de (Org.). **Saúde Mental**: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. 2013. p.13-41.

MACÊDO, Adriana Maria Bento; Jorge, Maria Salete Bessa. Concepções de loucura e sua influência na prática psiquiátrica. In: JORGE, Maria Salete Bessa; SILVA, Waldirene Viana da; OLIVEIRA, Francisca Bezerra de (Org.). **Saúde Mental**: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. 2013. p.141-166.

MACHADO, Lourdes A. Educação permanente no SUS: política do cotidiano. In: LOBOSQUE, Ana Marta; SILVA, Celso Renato (Org.). **Saúde mental**: marcos conceituais e campos de prática. Belo Horizonte: CRP 04, 2013. p.160-171.

MAGALHÃES FILHO, Glauco Barreira. **Hermenêutica e unidade axiológica da constituição**. 3. ed. Belo Horizonte: Mandamentos, 2004.

MATO GROSSO DO SUL. **Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul**. Apelação civil nº 8013699220148120002, Quarta Câmara Cível, Relator: Desembargador Odemilson Roberto Castro Fassa, Julgado em: 02/09/2015. Mato Grosso do Sul, 03 setembro de 2015. Disponível

em: <<http://tj-ms.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/228231836/apelacao-apl-8013699220148120002-ms-0801369-9220148120002/inteiro-teor-228231842>> Acesso em: 29 Jan. 2015.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; CORREIA, Eveline de Castro. Saúde como direito. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo Carlos da Silva (Org.). **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p.521-531.

NADER, Paulo. **Introdução ao estudo do direito**. 33. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.
NEVES, José Luís. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. Caderno de pesquisas em administração. São Paulo, v.1, nº 3, 2ºsem., 1996.

RANDEMARK, Norma Faustino Rocha; JORGE, Maria Salete Bessa Maria; QUEIROZ, Veraci Oliveira. **A reforma psiquiátrica no olhar das famílias**. Rev. Texto Contexto Enfermagem, 13(4):543-50, 2004.

RIO GRANDE DO NORTE. **Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte**. Sentença nº 0803141-42.2012.8.20.0001. Juiz: Cícero Martins de Macedo Filho. Rio Grande do Norte, 13 de julho de 2012. Disponível em: < www.mp.rn.gov.br/portal/inicio/saude/...leitos-psi-quiatricos.../file > Acesso em: 29 jan. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. **Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul**. Apelação Civil nº70062090634-rs. relator: Sérgio Fernando Vasconcellos Chaves, Sétima Câmara Cível. decisão em 04/11/2014. Diário da Justiça, RS, 10 nov.2014. Disponível em: < <http://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/150971030/apelacao-civel-ac-70062090634-rs> > Acesso em: 29 jan. 2015.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; GUIMARÃES, Jose Maria Ximenes; SAMPAIO, Alexandre Menezes. Saúde Mental. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo Carlos da Silva (Org.). **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p.423-446.

SANTOS, Lenir. Judicialização da saúde e a incompreensão do SUS. In: SANTOS, Lenir; TERRAZAS; Fernanda (Org.). **Judicialização da saúde no brasil**. Campinas, SP: Saberes, 2014. p.127-160.

SILVA, Marcelo Carlos Gurgel da. Economia da saúde: da epidemiologia à tomada da decisão. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo Carlos da Silva (Org.). **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p.559-583.

SOARES, Marta. A reforma psiquiátrica e o centro de convivência: invenções e outras práticas. In: LOBOSQUE, Ana Marta; SILVA, Celso Renato (Org.). **Saúde mental: marcos conceituais e campos de prática**. Belo Horizonte: CRP 04, 2013. p.192-196.

TOZONI-REIZ, Marília Freitas de Campos. **Metodologia da pesquisa**. 2.ed. Curitiba: IESDE, 2009.

VASCONCELOS, Arnaldo. **Teoria da norma jurídica**. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

VENTURA, Carla A. Arena. Aspectos da interface entre o direito e a saúde mental. In: SOARES, Marcos Hirata; BUENO, Sônia Maria Villela (Org.). **Saúde mental**: novas perspectivas. São Paulo: Yendis, 2011. Cap.11. p.175-195.

VIANNA, Andrea Machado; IGNÁCIO, Celia Vaisbich. Acompanhamento terapêutico. In: SAVOIA, Mariângela Gentil (Org.). **A interface entre psicologia e psiquiatria**: novo conceito em saúde mental. São Paulo: Roca, 2006. cap. 13. p.191-199.

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP (Plataforma Brasil)



Título da Pesquisa: EFETIVAÇÃO JURÍDICA DOS DIREITOS HUMANOS E SOCIAIS DAS PESSOAS EM ADOECIMENTO MENTAL

Pesquisador: KARINE CORREIA COELHO SCHUSTER

Instituição Proponente: Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Versão: 1

CAAE: 49142415.8.0000.5534

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 091765/2015

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

60.714-903

(85)3101-9890 **E-mail:** anavaleska@usp.br

ANEXO B - LEI Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm



Presidência da República

Casa Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

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

§ 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.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO

HENRIQUE

CARDOSO

Jose

Gregori

José

Serra

Roberto Brant

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001

ANEXO C - LEI Nº 7347, de 24 de Julho de 1985

Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7347Compilada.htm>. Acesso em: 24 mar. 2016

Presidência da República



Casa Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 7.347, DE 24 DE JULHO DE 1985.

Texto compilado

Mensagem de veto

(Vide Lei nº 9.008, de 1995)

(Vide Lei nº 9.240, de 1995)

(Vide Lei nº 13.004, de 2014)

Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (VETADO) e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Regem-se pelas disposições desta Lei, sem prejuízo da ação popular, as ações de responsabilidade por danos morais e patrimoniais causados: (Redação dada pela Lei nº 12.529, de 2011).

I - ao meio-ambiente;

II - ao consumidor;

III – a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico;

IV - a qualquer outro interesse difuso ou coletivo. (Incluído pela Lei nº 8.078 de 1990)

V - por infração da ordem econômica; (Redação dada pela Lei nº 12.529, de 2011).

VI - à ordem urbanística. (Incluído pela Medida provisória nº 2.180-35, de 2001)

VII – à honra e à dignidade de grupos raciais, étnicos ou religiosos. (Incluído pela Lei nº 12.966, de 2014)

VIII – ao patrimônio público e social. (Incluído pela Lei nº 13.004, de 2014)

Parágrafo único. Não será cabível ação civil pública para veicular pretensões que envolvam tributos, contribuições previdenciárias, o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS ou outros fundos de natureza institucional cujos beneficiários podem ser individualmente determinados. (Incluído pela Medida provisória nº 2.180-35, de 2001)

Art. 2º As ações previstas nesta Lei serão propostas no foro do local onde ocorrer o dano, cujo juízo terá competência funcional para processar e julgar a causa.

Parágrafo único A propositura da ação prevenirá a jurisdição do juízo para todas as ações posteriormente intentadas que possuam a mesma causa de pedir ou o mesmo objeto. (Incluído pela Medida provisória nº 2.180-35, de 2001)

Art. 3º A ação civil poderá ter por objeto a condenação em dinheiro ou o cumprimento de obrigação de fazer ou não fazer.

Art. 4º Poderá ser ajuizada ação cautelar para os fins desta Lei, objetivando, inclusive, evitar dano ao patrimônio público e social, ao meio ambiente, ao consumidor, à honra e à dignidade de grupos raciais, étnicos ou religiosos, à ordem urbanística ou aos bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico. (Redação dada pela Lei nº 13.004, de 2014)

Art. 5º Têm legitimidade para propor a ação principal e a ação cautelar: (Redação dada pela Lei nº 11.448, de 2007).

I - o Ministério Público; (Redação dada pela Lei nº 11.448, de 2007).

II - a Defensoria Pública; (Redação dada pela Lei nº 11.448, de 2007).

III - a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; (Incluído pela Lei nº 11.448, de 2007).

IV - a autarquia, empresa pública, fundação ou sociedade de economia mista; (Incluído pela Lei nº 11.448, de 2007).

V - a associação que, concomitantemente: (Incluído pela Lei nº 11.448, de 2007).

a) esteja constituída há pelo menos 1 (um) ano nos termos da lei civil; (Incluído pela Lei nº 11.448, de 2007).

b) inclua, entre suas finalidades institucionais, a proteção ao patrimônio público e social, ao meio ambiente, ao consumidor, à ordem econômica, à livre concorrência, aos direitos de grupos raciais, étnicos ou religiosos ou ao patrimônio artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico. (Redação dada pela Lei nº 13.004, de 2014)

§ 1º O Ministério Público, se não intervier no processo como parte, atuará obrigatoriamente como fiscal da lei.

§ 2º Fica facultado ao Poder Público e a outras associações legitimadas nos termos deste artigo habilitar-se como litisconsortes de qualquer das partes.

§ 3º Em caso de desistência infundada ou abandono da ação por associação legitimada, o Ministério Público ou outro legitimado assumirá a titularidade ativa. (Redação dada pela Lei nº 8.078, de 1990)

§ 4.º O requisito da pré-constituição poderá ser dispensado pelo juiz, quando haja manifesto interesse social evidenciado pela dimensão ou característica do dano, ou pela relevância do bem jurídico a ser protegido. (Incluído pela Lei nº 8.078, de 11.9.1990)

§ 5.º Admitir-se-á o litisconsórcio facultativo entre os Ministérios Públicos da União, do Distrito Federal e dos Estados na defesa dos interesses e direitos de que cuida esta lei. (Incluído pela Lei nº 8.078, de 11.9.1990) (Vide Mensagem de veto)

§ 6º Os órgãos públicos legitimados poderão tomar dos interessados compromisso de ajustamento de sua conduta às exigências legais, mediante cominações, que terá eficácia de título executivo extrajudicial. (Incluído pela Lei nº 8.078, de 11.9.1990) (Vide Mensagem de veto)

Art. 6º Qualquer pessoa poderá e o servidor público deverá provocar a iniciativa do Ministério Público, ministrando-lhe informações sobre fatos que constituam objeto da ação civil e indicando-lhe os elementos de convicção.

Art. 7º Se, no exercício de suas funções, os juízes e tribunais tiverem conhecimento de fatos que possam ensejar a propositura da ação civil, remeterão peças ao Ministério Público para as providências cabíveis.

Art. 8º Para instruir a inicial, o interessado poderá requerer às autoridades competentes as certidões e informações que julgar necessárias, a serem fornecidas no prazo de 15 (quinze) dias.

§ 1º O Ministério Público poderá instaurar, sob sua presidência, inquérito civil, ou requisitar, de qualquer organismo público ou particular, certidões, informações, exames ou perícias, no prazo que assinalar, o qual não poderá ser inferior a 10 (dez) dias úteis.

§ 2º Somente nos casos em que a lei impuser sigilo, poderá ser negada certidão ou informação, hipótese em que a ação poderá ser proposta desacompanhada daqueles documentos, cabendo ao juiz requisitá-los.

Art. 9º Se o órgão do Ministério Público, esgotadas todas as diligências, se convencer da inexistência de fundamento para a propositura da ação civil, promoverá o arquivamento dos autos do inquérito civil ou das peças informativas, fazendo-o fundamentadamente.

§ 1º Os autos do inquérito civil ou das peças de informação arquivadas serão remetidos, sob pena de se incorrer em falta grave, no prazo de 3 (três) dias, ao Conselho Superior do Ministério Público.

§ 2º Até que, em sessão do Conselho Superior do Ministério Público, seja homologada ou rejeitada a promoção de arquivamento, poderão as associações legitimadas apresentar razões escritas ou documentos, que serão juntados aos autos do inquérito ou anexados às peças de informação.

§ 3º A promoção de arquivamento será submetida a exame e deliberação do Conselho Superior do Ministério Público, conforme dispuser o seu Regimento.

§ 4º Deixando o Conselho Superior de homologar a promoção de arquivamento, designará, desde logo, outro órgão do Ministério Público para o ajuizamento da ação.

Art. 10. Constitui crime, punido com pena de reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, mais multa de 10 (dez) a 1.000 (mil) Obrigações Reajustáveis do Tesouro Nacional - ORTN, a recusa, o retardamento ou a omissão de dados técnicos indispensáveis à propositura da ação civil, quando requisitados pelo Ministério Público.

Art. 11. Na ação que tenha por objeto o cumprimento de obrigação de fazer ou não fazer, o juiz determinará o cumprimento da prestação da atividade devida ou a cessação da atividade nociva, sob pena de execução específica, ou de cominação de multa diária, se esta for suficiente ou compatível, independentemente de requerimento do autor.

Art. 12. Poderá o juiz conceder mandado liminar, com ou sem justificação prévia, em decisão sujeita a agravo.

§ 1º A requerimento de pessoa jurídica de direito público interessada, e para evitar grave lesão à ordem, à saúde, à segurança e à economia pública, poderá o Presidente do Tribunal a que competir o conhecimento do respectivo recurso suspender a execução da liminar, em decisão fundamentada, da qual caberá agravo para uma das turmas julgadoras, no prazo de 5 (cinco) dias a partir da publicação do ato.

§ 2º A multa cominada liminarmente só será exigível do réu após o trânsito em julgado da decisão favorável ao autor, mas será devida desde o dia em que se houver configurado o descumprimento.

Art. 13. Havendo condenação em dinheiro, a indenização pelo dano causado reverterá a um fundo gerido por um Conselho Federal ou por Conselhos Estaduais de que participarão necessariamente o Ministério Público e representantes da comunidade, sendo seus recursos destinados à reconstituição dos bens lesados. (Regulamento) (Regulamento) (Regulamento)

§ 1º. Enquanto o fundo não for regulamentado, o dinheiro ficará depositado em estabelecimento oficial de crédito, em conta com correção monetária. (Renumerado do parágrafo único pela Lei nº 12.288, de 2010)

§ 2º Havendo acordo ou condenação com fundamento em dano causado por ato de discriminação étnica nos termos do disposto no art. 1º desta Lei, a prestação em dinheiro reverterá diretamente ao fundo de que trata o **caput** e será utilizada para ações de promoção da igualdade étnica, conforme definição do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial, na hipótese de extensão nacional, ou dos Conselhos de Promoção de Igualdade Racial estaduais ou locais, nas hipóteses de danos com extensão regional ou local, respectivamente. (Incluído pela Lei nº 12.288, de 2010) (Vigência)

Art. 14. O juiz poderá conferir efeito suspensivo aos recursos, para evitar dano irreparável à parte.

Art. 15. Decorridos sessenta dias do trânsito em julgado da sentença condenatória, sem que a associação autora lhe promova a execução, deverá fazê-lo o Ministério Público, facultada igual iniciativa aos demais legitimados. (Redação dada pela Lei nº 8.078, de 1990)

Art. 16. A sentença civil fará coisa julgada erga omnes, nos limites da competência territorial do órgão prolator, exceto se o pedido for julgado improcedente por insuficiência de provas, hipótese em que qualquer legitimado poderá intentar outra ação com idêntico fundamento, valendo-se de nova prova. (Redação dada pela Lei nº 9.494, de 10.9.1997)

Art. 17. Em caso de litigância de má-fé, a associação autora e os diretores responsáveis pela propositura da ação serão solidariamente condenados em honorários advocatícios e ao décuplo das custas, sem prejuízo da responsabilidade por perdas e danos. (Renumerado do Parágrafo Único com nova redação pela Lei nº 8.078, de 1990)

Art. 18. Nas ações de que trata esta lei, não haverá adiantamento de custas, emolumentos, honorários periciais e quaisquer outras despesas, nem condenação da associação autora, salvo comprovada má-fé, em honorários de advogado, custas e despesas processuais. (Redação dada pela Lei nº 8.078, de 1990)

Art. 19. Aplica-se à ação civil pública, prevista nesta Lei, o Código de Processo Civil, aprovado pela Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973, naquilo em que não contrarie suas disposições.

Art. 20. O fundo de que trata o art. 13 desta Lei será regulamentado pelo Poder Executivo no prazo de 90 (noventa) dias. (Regulamento)

Art. 21. Aplicam-se à defesa dos direitos e interesses difusos, coletivos e individuais, no que for cabível, os dispositivos do Título III da lei que instituiu o Código de Defesa do Consumidor. (Incluído Lei nº 8.078, de 1990)

Art. 22. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação. (Renumerado do art. 21, pela Lei nº 8.078, de 1990)

Art. 23. Revogam-se as disposições em contrário. (Renumerado do art. 22, pela Lei nº 8.078, de 1990)

Brasília, em 24 de julho de 1985; 164º da Independência e 97º da República.

JOSÉ SARNEY

Fernando Lyra

Este texto não substitui o publicado no DOU de 25.7.1985

*

ANEXO D - Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011

Disponível

em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html



Ministério

da

Saúde

Gabinete do Ministro

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011(*)

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando as determinações da 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;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;

Considerando as disposições contidas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003;

Considerando a Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

Considerando a Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando as diretrizes previstas na Portaria nº 1.190/GM/MS, 4 de junho de 2009, que institui Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD);

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria, nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências SUS;

Considerando as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial, realizada em 2010;

Considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas; e

Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - Combate a estigmas e preconceitos;

IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - Diversificação das estratégias de cuidado;

VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - Promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II - Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

I - Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

IV - Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

V - Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI - Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

IX - Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 1. Equipe de Consultório na Rua;
 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II - Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV- Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial.

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;
2. pessoas com transtornos mentais;
3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros;

b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede; e

III - Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

§ 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 3º Quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua, de que trata a alínea "a" do inciso II deste artigo, poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.

§ 4º Os Centros de Convivência, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool

e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros

§ 1º Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

§ 2º As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e

II - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com:

I - A atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e

II - O Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços:

I - Enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

§ 1º O cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral de que trata o inciso I deste artigo deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

§ 2º O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e, no caso do usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

§ 3º A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar.

§ 4º No que se refere ao inciso II deste artigo, em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

§ 3º O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais.

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

Art. 13. A operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dará pela execução de quatro fases:

I - Fase I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial:

a) Realização pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR) e pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio da SES, de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;

b) Pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no CGR e no CGSES/DF;

c) Elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;

d) Estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região;

II - Fase II - adesão e diagnóstico:

- a) Apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e nos Municípios;
- b) Apresentação e análise da matriz diagnóstica, conforme o Anexo I a esta Portaria, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no CGSES/DF e no CGR;
- c) Homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB e CGSES/DF;
- d) Instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela SES, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:
 - 1. Mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
 - 2. Apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;
 - 3. Identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;
 - 4. Monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede;
- e) Contratualização dos Pontos de Atenção;
- f) Qualificação dos componentes;

III - Fase 3 - Contratualização dos Pontos de Atenção:

- a) Elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial;
- b) Contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede;
- c) Instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES;

IV - Fase 4 - Qualificação dos componentes:

- a) Realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas nos arts. 6º ao 12 desta Portaria; e
- b) Cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde, que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais.

Art. 14. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe:

- I - À União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;
- II - Ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento,

contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e

III - Ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território municipal.

Art. 15. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento, por parte da União, serão objetos de normas específicas a serem publicadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 16. Fica constituído Grupo de Trabalho Tripartite, coordenado pelo Ministério da Saúde, a ser definido por Portaria específica, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar esta Portaria em até cento e oitenta dias.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO E - Matriz Diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região:					
Município:					
População:					
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua - Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório 1- municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs. 2 - municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integral fica por conta das equipes de AB do município.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência				
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I				Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS AD				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS i				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU				Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO				1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral

					por município.
	UA INFANTO-JUVENIL				Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC, 2011). Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade.
					Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.
	COMUNIDADE TERAPÊUTICA				
V. Atenção Hospitalar	LEITOS				
	ENFERMARIA ESPECIALIZADA				1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT				A depender do nº de municípios longamente internados
	PVC				A depender do nº de municípios longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS				

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 247, de 26-12-2011, Seção 1, págs. 230/232, com incorreção no original.

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 251, de 30-12-2011, Seção 1, págs. 50/60, com incorreção no original.

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, págs. 37/38, com incorreção no original.

ANEXO F - Portaria nº 1.121, de 21 de Outubro de 2015

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=104&data=22/10/2015>

Portaria nº 1.121, DE 21 de outubro de 2015.

Desabilita Hospitais Psiquiátricos.

A Secretária de Atenção à Saúde - Substituta, no uso de suas atribuições,

Considerando a 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;

Considerando a Portaria nº 251/GM/MS, de 31 de janeiro de 2002, que instituiu o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria;

Considerando o item 9 do Anexo da Portaria nº 52/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS e determina que "os recursos financeiros restantes após a redução de leitos, em cada etapa e a cada nova redução, permanecerão nos tetos municipais e estaduais, quando em gestão plena do sistema, para utilização na rede local, microrregional e regional de serviços de saúde mental, de modo a apoiar o financiamento da implantação e manutenção de CAPS, serviços residenciais terapêuticos e outros serviços de saúde mental nos municípios de destino dos pacientes desinstitucionalizados, bem como custear equipes para suporte a desinstitucionalização";

Considerando a Portaria nº 358/GM/MS, de 09 de março de 2004 que estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro anual da Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios;

Considerando a nova classificação dos hospitais psiquiátricos no âmbito do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH), instituído pela Portaria nº 2644/GM de 28 de outubro de 2009 e a Portaria nº 404/SAS/MS de 19 de novembro de 2009, que habilita os hospitais psiquiátricos à nova classificação;

Considerando a Portaria nº 2647/GM/MS, de 31 de outubro 2009, que estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro anual da Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios;

Considerando a Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do

Sistema Único de Saúde; e Considerando o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, resolve:

Art. 1º Ficam desabilitados os hospitais psiquiátricos relacionados no Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SANDRA KENNEDY VIANA

ANEXO

UF	MUNICÍPIO	NOME	CNES	GESTÃO	Nº DE LEITOS SUS DESCRE- DENCIADOS	HABILITAÇÃO
PE	Recife	Sanatório Recife	27775 09	Municipal	159	0631 - Nível I PORTARIA SAS 404/2009
PB	João Pessoa	Casa de Saúde São Pedro	27075 00	Municipal	160	0631 - Nível I PORTARIA SAS 404/2009
SP	São Bernardo do Campo	Hospital Lacan	20822 92	Municipal	160	0633 - Nível III PORTARIA SAS 404/2009
TO	Araguaína	Clínica de Repouso São Francisco Araguaína	23706 38	Estadual	160	0631 - Nível I PORTARIA SAS 404/2009
GO	Goiânia	Clínica de Repouso de Goiânia	23381 22	Municipal	160	0631 - Nível I PORTARIA SAS 404/2009
GO	Goiânia	Clínica Isabela	25188 72	Municipal	102	0631 - Nível I PORTARIA SAS 404/2009
GO	Goiânia	Clínica Jardim América	23391 88	Municipal	120	0631 - Nível I PORTARIA SAS 404/2009
RJ	Rio de Janeiro	Clínica de Repouso Santa Edwiges	22953 85	Municipal	90	0631 - Nível I PORTARIA SAS 404/2009
RJ	Rio de Janeiro	Clínica da Gávea	22694 06	Municipal	80	0631 - Nível I PORTARIA SAS 404/2009
RJ	Bom Jesus de Itabapoana	Clínica de Repouso Itabapoana	22827 55	Municipal	240	0606 - Classe VI PORTARIA SAS 53/2004
SC	São José	Instituto São José	27788 66	Estadual	32	0631 - Nível I PORTARIA SAS 404/2009

ANEXO G - Sentença Judicial Ação Civil Pública nº: 0803141-42.2012.8.20.000
Disponível em: www.mp.rn.gov.br/portal/inicio/saude/...leitos-psiQUIATRICOS.../file
Também poderá ser consultado com o número do processo no *site* TJRN.

fls. 1



PODER JUDICIÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
JUÍZO DE DIREITO DA 4ª Vara da Fazenda Pública DE Natal

AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº: 0803141-42.2012.8.20.0001

PARTE AUTORA: MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL

PROMOTORA DE JUSTIÇA: KALINA CORREIA FILGUEIRA

PARTE RÉ: ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

DECISÃO

O **MINISTÉRIO PÚBLICO**, por meio de sua Promotora de Justiça que subscreve a inicial, promove ação civil pública, com pedido de antecipação dos efeitos da tutela, em face do **ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**, aduzindo, em síntese, que a partir do Inquérito Civil 015/10 buscou o órgão a abertura de leitos para pacientes com sofrimento psíquico em hospitais gerais, e que até hoje, apesar de recomendações expedidas ao ente público, nenhuma providência foi tomada, pela SESAP, para a abertura de leitos psiquiátricos na rede estadual de saúde, em que pese ter havido a apresentação, por parte do Estado, de um projeto para tal fim.

No entanto, alega o órgão autor, até o momento, mesmo após auditoria realizada pelo SUS e diligências do ente público, e ainda a proposta de assinatura de TAC, não houve a adoção de nenhuma medida por parte do demandado, de sorte de resta comprometido o atendimento dos pacientes psíquicos graves.

Discorre sobre o bem jurídico tutelado, destacando a Constituição Federal, no que concerne ao direito à saúde, a Lei nº 8.080/90, e tece considerações sobre a responsabilidade do Estado em relação à abertura de leitos para pacientes psiquiátricos em hospitais gerais, asseverando, nesse sentido, o que dispõe a Lei nº 10.216/2001, que trata dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental. Afirma que conforme política adotada pelo Ministério da Saúde, é necessária a substituição progressiva e programada dos leitos em hospitais

fls. 2

psiquiátricos, de baixa qualidade, pelos leitos nos hospitais gerais, citando a Portaria nº 52/GM/MS. Acrescenta ainda que a Portaria nº 148/2012, do MS, institui incentivos financeiros para o incremento dessa política, e da forma como devem ser escolhidos os hospitais gerais para a execução do serviço.

Assevera a necessidade de implantação imediata dos leitos psiquiátricos nos hospitais estaduais, precisamente nos hospitais Maria Alice Fernandes e Monsenhor Antônio Barros (São José de Mipibú). Tece considerações sobre o controle jurisdicional das políticas públicas, o orçamento estadual, sobre a antecipação dos efeitos da tutela, aduzindo estarem presentes os seus requisitos, e ao final formula pedido para que seja determinado ao Estado que *"1. proceda as adequações necessárias de acordo com as últimas Portaria Ministeriais nos processos administrativos para a implantação dos leitos psiquiátricos no Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes e no Hospital regional de São José de Mipibú, conclua os referidos processos e encaminhe os projetos respectivos ao Ministério da Saúde, tudo em 30 (trinta) dias, para fins de recebimento dos incentivos respectivos; 2) com base nas planilhas de custos inseridas nesses mesmos processos administrativos, promova a inclusão dos valores necessários ao custeio das despesas no Orçamento Geral do Estado para a saúde no ano de 2013, e considerando prazo limite para o envio do projeto da Lei Orçamentária Anual, qual seja, 31 de agosto de 2012 (art. 35, § 2º, III, CF), o Estado do RN, ainda, comprove nos autos a inclusão desses valores, até a data de 20/08/2012, para que este juízo tenha um prazo hábil para providências de emergência, tudo sob pena de multa pessoal pelo descumprimento; 3) no prazo de 180 dias contados da abertura do Orçamento Geral do Estado em 2013, implante, pelos menos, 4 (quatro) leitos psiquiátricos no Hospital Monsenhor Antonio Barros/Regional de São José de Mipibú e 8 (oito) leitos no Hospital Pediátrico Mar Alice Fernandes, dotando-os dos recursos materiais e humanos necessários e suficientes para o funcionamento."* Formulou os pedidos de mérito e juntou documentos (folhas 18/289).

Determinada a intimação do Estado para se manifestar sobre o pedido de tutela antecipada, o ente público deixou transcorrer o prazo sem oferecer qualquer manifestação, conforme certidão expedida pelo Secretaria da Vara (folha 294).

É o relatório.

Trata-se de ação civil pública onde busca o Ministério Público a tutela jurisdicional, via antecipação liminar, para fins de determinar ao Estado do Rio Grande do Norte a adoção

fls. 3

de uma série de medidas concernentes ao tratamento de pessoas portadoras de patologias mentais de natureza psiquiátrica. Consoante narrado na bem elaborada petição inicial do órgão autor, expondo, de forma sistemática, todos os fundamentos jurídicos e de fato da pretensão deduzida, afigura-se premente a necessidade de adoção de providências, por parte do Estado do Rio Grande do Norte, para oferecimento de tratamento psiquiátrico na rede pública estadual de saúde, tendo em vista os novos paradigmas, fixados há poucos anos, para o tratamento dos portadores de moléstias decorrentes de transtornos mentais. Na página do Centro Cultural do Ministério da Saúde, na internet¹, encontramos um artigo, denominado "**A reforma psiquiátrica brasileira e política de saúde mental**", que bem retrata a nova visão que vem sendo adotada para o tratamento de portadores de transtornos psiquiátricos, consoante a legislação brasileira em vigor há pouco tempo. Diz o texto:

"A humanidade convive com a loucura há séculos e, antes de se tornar um tema essencialmente médico, o louco habitou o imaginário popular de diversas formas. De motivo de chacota e escárnio a possuído pelo demônio, até marginalizado por não se enquadrar nos preceitos morais vigentes, o louco é um enigma que ameaça os saberes constituídos sobre o homem.

Na Renascença, a segregação dos loucos se dava pelo seu banimento dos muros das cidades européias e o seu confinamento era um confinamento errante: eram condenados a andar de cidade em cidade ou colocados em navios que, na inquietude do mar, vagavam sem destino, chegando, ocasionalmente, a algum porto.

No entanto, desde a Idade Média, os loucos são confinados em grandes asilos e hospitais destinados a toda sorte de indesejáveis – inválidos, portadores de doenças venéreas, mendigos e libertinos. Nessas instituições, os mais violentos eram acorrentados; a alguns era permitido sair para mendigar.

No século XVIII, [Phillippe Pinel](#), considerado o pai da psiquiatria, propõe uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, destinados somente aos doentes mentais. Várias experiências e tratamentos são desenvolvidos e difundidos pela Europa.

O tratamento nos manicômios, defendido por Pinel, baseia-se principalmente na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes. Para Pinel, a função disciplinadora do médico e do manicômio deve ser exercida com firmeza, porém com gentileza. Isso denota o caráter essencialmente moral com o

¹ <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma/html>. Não há indicação de autoria do texto. Acesso em 13/07/2012, 07:50 hs.

qual a loucura passa a ser revestida.

No entanto, com o passar do tempo, o tratamento moral de Pinel vai se modificando e esvazia-se das idéias originais do método. Permanecem as idéias corretivas do comportamento e dos hábitos dos doentes, porém como recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional. No século XIX, o tratamento ao doente mental incluía medidas físicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias.

Aos poucos, com o avanço das teorias organicistas, o que era considerado como doença moral passa a ser compreendido também como uma doença orgânica. No entanto, as técnicas de tratamento empregadas pelos organicistas eram as mesmas empregadas pelos adeptos do tratamento moral, o que significa que, mesmo com uma outra compreensão sobre a loucura, decorrente de descobertas experimentais da neurofisiologia e da neuroanatomia, a submissão do louco permanece e adentra o século XX.

A partir da segunda metade do século XX, impulsionada principalmente por [Franco Basaglia](#), psiquiatra italiano, inicia-se uma radical crítica e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas. Esse movimento inicia-se na Itália, mas tem repercussões em todo o mundo e muito particularmente no Brasil.

Nesse sentido é que se inicia o movimento da Luta Antimanicomial que nasce profundamente marcado pela idéia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais.

Aliado a essa luta, nasce o movimento da [Reforma Psiquiátrica](#) que, mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias.

No Brasil, tal movimento inicia-se no final da década de 70 com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais. Esse movimento se inscreve no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que ocorre na época.

Importantes acontecimentos como a intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta, em Santos/SP, e a revisão legislativa proposta pelo então Deputado [Paulo Delgado](#) por meio do projeto de lei nº 3.657, ambos ocorridos em 1989, impulsionam a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em 1990, o Brasil torna-se signatário da [Declaração de Caracas](#) a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica, e, em 2001, é aprovada a [Lei Federal 10.216](#) que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo

assistencial em saúde mental.

Dessa lei origina-se a [Política de Saúde Mental](#) a qual, basicamente, visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo.

A Política de Saúde Mental no Brasil promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se dêem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso, essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer.

A mostra fotográfica que aqui se apresenta traz a força documental das imagens, que, para além das palavras, prova que a mudança do modelo de atenção aos portadores de transtornos mentais não apenas é possível e viável, como, de fato, é real e acontece.

Em parceria, a [Coordenação Nacional de Saúde Mental](#) e o [Programa de Humanização no SUS](#), ambos do [Ministério da Saúde](#), registraram o cotidiano de 24 casas localizadas em Barbacena/MG, nas quais residem pessoas egressas de longas internações psiquiátricas e que, por suas histórias e trajetórias de abandono nos manicômios, mais parecem personagens do impossível.

Antes, destituídos da própria identidade, privados de seus direitos mais básicos de liberdade e sem a chance de possuir qualquer objeto pessoal (os poucos que possuíam tinham que ser carregados junto ao próprio corpo), esses sobreviventes agora vivem. São personagens da cidade: transeuntes no cenário urbano, vizinhos, trabalhadores e também turistas, estudantes e artistas. Compuseram e compõem novas histórias no mundo.

Essa mostra fotográfica de beneficiários do [Programa de Volta para Casa](#) e moradores de [Serviços Residenciais Terapêuticos](#) é, acima de tudo, uma homenagem aos que transpuseram os muros dos hospitais, da sociedade e os seus próprios." (grifos acrescentados).

Conforme bem destacado pela ilustre Promotora de Justiça, a Lei nº 10.216/02, é, sem dúvida, um marco regulatório de suma importância na mudança de paradigma no tratamento de doentes psiquiátricos. Essa Lei deixou claro que no direito brasileiro essas pessoas devem ser agora tratadas e protegidas da melhor maneira possível, sem as agressões terapêuticas

fls. 6

anteriormente existentes, que em muitos casos beiravam a escravidão ou servidão humana, e determina, principalmente, que o tratamento deve ser realizado pela rede pública de saúde, o que é, sem dúvida, uma conquista espetacular do Sistema Único de Saúde – SUS, mas também uma enorme e complexa obrigação diante da crise pública e notória que atravessa o sistema de saúde pública, especialmente no Rio Grande do Norte². Por isso, os entes públicos federados, especialmente os Estados, têm o dever, não só constitucional, sob a égide do art. 196, da Carta da República, mas também legal, no âmbito da Lei nº 10.216/01, de adotar providências com vistas ao oferecimento de uma tratamento mais digno e humano, na rede pública de saúde, aos portadores de transtornos mentais.

Consoante bem informado na petição inicial, já tem alguns anos que se tenta encontrar uma solução, na rede estadual de saúde, para o problema da falta de leitos para tratamento psiquiátrico. Várias tentativas foram feitas, chegando-se, inclusive, a propor ao Estado um termo de ajustamento de conduta. Em que pese as dificuldades públicas e notórias na área estadual de saúde pública, me parecem serem procedentes as afirmações do Ministério Público, no sentido de que o ente público não tem dado a devida atenção ao problema, notadamente considerada a previsão legal da Política Nacional de Saúde Mental, que vem sendo regulamentada pelo Ministério da Saúde através das portarias mencionadas pela ilustre Promotora de Justiça. Demais disso, afigura-se razoável o que vem buscando o autor, no sentido de serem disponibilizados, no total, 12 (doze) leitos para tratamento psiquiátrico em dois hospitais estaduais.

Como direito social fundamental, o direito à saúde enquadra-se na categoria normativa de princípio, ou seja, numa norma que tem como conteúdo um mandado de otimização de um dado valor num ordenamento jurídico, de acordo com as possibilidades fáticas e jurídicas. Consiste, assim, num direito *prima facie*, a ser concretizado mediante políticas públicas. Enquanto princípio, portanto, o direito à saúde poderá ser concretizado em diversos graus, dependendo a sua realização do nível maior ou menor das viabilidades fáticas, sobretudo da existência de recursos, e das possibilidades jurídicas, ou seja, da solução do conflito com outros direitos. Como regra, albergará um comando definitivo a ser cumprido pelo Estado. Certo é que as limitações fáticas (escassez de recursos), e até mesmo o choque com outros

² O Governo do Estado do RN, através do Decreto nº 22.844, de 04 de julho de 2012, decretou estado de calamidade pública no setor hospitalar e nas unidades do serviço de saúde estadual. Cumpre destacar que o art. 2º, do referido Decreto, autoriza a Secretaria de Saúde do Estado "a requisitar ou contratar, em caráter emergencial, quaisquer serviços e bens disponíveis, públicos ou privados, com vistas ao restabelecimento da normalidade no atendimento aos serviços de saúde pública, conforme dispõe o art. 15, XIII, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e art. 24, IV, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993."

princípios, poderão implicar em restrições aos direitos à saúde. No entanto, cabe verificar, caso a caso, os limites dessas restrições, quando emergem os postulados da proporcionalidade e da concordância prática, da proteção do núcleo essencial e da generalidade, abstração e irretroatividade da lei limitadora.

No caso, o que se está a pedir ao Estado não é desarrazoado ou desproporcional, afinal de contas são apenas 12 (doze) leitos na rede pública estadual de saúde. Não posso enxergar nenhuma barreira de ordem orçamentária à adoção dessa providência por parte do ente público. Em artigo de nossa autoria, publicado na **Revista IOB de Direito Administrativo**, nº 45/setembro/2009, pp. 83/126, deixamos assentado que *"Simplesmente reconhecer que a efetividade de um direito social fundamental como o da saúde deve sempre ficar jungido ao ônus financeiro que ele acarreta ao Estado, colocando-se como óbice a conjuntura econômica existente no momento da sua efetivação pelo Judiciário, será colocar por terra todo o esforço feito ao longo de décadas para assegurar entre nós a existência e o reconhecimento dos direitos fundamentais sociais e individuais. Seria também colocar abaixo todo o arcabouço constitucional que obriga o agente estatal a agir e define a sua competência para esse atuar. Muito mais abrangente e impositiva, no âmbito constitucional, é a ideia de que os direitos fundamentais, sejam eles negativos ou de defesa, reclamam, para sua efetivação, medidas positivas do Poder Público, que devem implicar necessariamente a mobilização de recursos, ainda que para tanto se tenha que buscá-los em outras áreas. Não pode, pois, a denominada "reserva do possível" servir de óbice intransponível para a realização do direito à saúde, e o Judiciário não pode e não deve ficar inerte ou omissos em relação à efetividade desse direito fundamental, embora seja certo que deve agir com cautela e responsabilidade quando chamado a decidir sobre situação em que se contraponham esse direito e a chamada "reserva do possível", mas sempre buscando afastar a visão dogmática que o Estado tem em relação a este último."*

Obviamente que se compreende a atual crise na área de saúde estadual, especialmente em decorrência da falta de maiores recursos. No entanto, diante da realidade posta pelo órgão autor em relação ao tratamento psiquiátrico na rede pública de saúde, há que se concordar que as medidas buscadas, de relativa ou mesmo pequena proporção em relação à ordem de recursos disponibilizados visando superar a atual crise, fato amplamente divulgado pela imprensa, não parece encontrar óbice na reserva do possível, ademais se considerado o fato de que precisa-se de apenas de 12 (doze) leitos, o que não é motivo de grande comprometimento dos recursos que podem ser alocados na lei orçamentária anual. De outro lado, no nosso

entender, não deve ser esquecido que a finalidade do Estado ao obter recursos, para, em seguida, gastá-los sob a forma de obras, prestação de serviços ou qualquer outra política pública, é exatamente realizar os objetivos fundamentais da Constituição. A meta central da Carta de 1988, seguindo o exemplo das Constituições modernas, é a promoção do bem estar do homem, cujo ponto de partida está em assegurar as condições de sua própria dignidade, que inclui, além das prestações aos direitos individuais, condições materiais mínimas de existência. Ao se apurar os elementos fundamentais dessa dignidade (o mínimo existencial), estar-se-á estabelecendo exatamente os alvos prioritários dos gastos públicos. O ponto que consideramos mais importante e que é, para nós, o eixo central da questão da reserva do possível, é exatamente a necessidade de que apenas depois de se atingir esses alvos prioritários é que se poderá discutir, em relação aos recursos remanescentes, em que outros projetos se deverá investir. Assim, o mínimo existencial, associado ao estabelecimento de prioridades orçamentárias, é capaz de conviver produtivamente com a reserva do possível.

Penso não ser fácil, ou melhor, é até mesmo difícil, o controle jurisdicional da elaboração das políticas públicas voltadas para a área de saúde. No entanto, tal medida vem sendo cada vez mais exigida do Poder Judiciário, mesmo porque tais políticas públicas são exigências da força normativa dos preceitos constitucionais afetos ao direito social à saúde. Não é diferente no caso presente, quando pede o Ministério Público – e com acerto – que se dê prioridade ao tratamento psiquiátrico na rede estadual de saúde, com vistas ao cumprimento, mesmo, de determinações constitucionais e legais. Discorrendo sobre esse controle na elaboração das políticas públicas de saúde, **LUCIANA GASPAR MELQUIADES DUARTE**, em excelente obra³, pontua que não sendo possível o controle quando da elaboração da lei orçamentária, resta a alternativa de buscar, no Judiciário, através de um tutela inibitória coletiva, a obrigação de que seja destinada verba no orçamento do ano seguinte para a referida política e *"essa solução é, em sua íntegra, pertinente, podendo ser utilizada, com frequência, para proteger as demandas de saúde de primeira necessidade...[...]. Além de resguardar o conteúdo mínimo do direito social, esta medida protege, ainda, os princípios financeiro do planejamento e do equilíbrio entre receitas e despesas públicas. De fato, se determinado importe financeiro foi consumido pelo ente público, no cumprimento do seu mister constitucional de promoção do direito à saúde dentro do liame justificável, mas não estava na disponibilidade estatal no exercício em curso, há que se entender que deve ser subtraído do exercício posterior. Desta evita-se o*

³ DUARTE, Luciana Gaspar Melquiades. *Possibilidade e limites do controle judicial sobre as políticas públicas de saúde: um contributo para a dogmática do direito à saúde*. Belo Horizonte: Editora Forum, 2011, pp. 294-295.

endividamento publico rechaçado pela Constituição Financeira, bem como se confere a devida eficácia ao direito social á saúde."

Em situação semelhante, o Superior Tribunal de Justiça assentou que "1. Na atualidade, o império da lei e o seu controle, a cargo do Judiciário, autoriza que se examinem, inclusive, as razões de conveniência e oportunidade do administrador. 2. Legitimidade do ministério Público para exigir do Município a execução de política específica, a qual se tornou obrigatória por meio de resolução do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. 3. Tutela específica para que seja incluída verba no próximo orçamento, a fim de atender a propostas políticas certas e determinadas. 4. Recurso especial provido." (Recurso Especial nº 493.811, Rel. Min. Eliana Calmon).

No caso dos autos, a dedicada e competente Promotora de Justiça bem demonstrou a possibilidade de inclusão na lei orçamentária estadual de verbas destinadas à área de saúde, precisamente em razão das determinações contidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (Lei nº 9.520, de 29.07.2011) e dos recursos alocados, de sorte que resta plenamente demonstrada a *"compatibilidade do pleito judicial ora formulado com a Programação Orçamentária e Financeira Estadual para o quadriênio, em todos os três instrumentos normativos transcritos, em especial se considerarmos a cautela desse Parquet ao requerer que, para a implementação dos novos leitos psiquiátricos, haja a inserção de despesas específicas no Orçamento para 2013"*, como deduziu a preclara integrante do Parquet Estadual. Não há dúvida, no caso, seja em razão das determinações legais, albergadas, neste caso, pelos princípios constitucionais, seja em razão das possibilidades materiais orçamentárias do Estado, que é inteiramente possível a inclusão de verbas, com vistas ao exercício de 2013, para a consecução das políticas públicas destinadas à área de saúde mental, particularmente no que se refere à disponibilização de leitos hospitalares na rede pública de saúde com vistas ao tratamento de doentes psiquiátricos.

Em razão do exposto, e considerando todos os argumentos expendidos pelo órgão autor, bem como tendo por base os documentos acostados, entendo presentes os requisitos autorizadores da antecipação dos efeitos da tutela. Constatase que é patente o direito alegado, o que revela a fumaça do bom direito, assim como resta presente o receio de que possam advir danos graves acaso a medida não seja antecipada, o que deixa antever o perigo que a demora pode causar, acaso a tutela jurisdicional somente venha a ser concedida por ocasião da

fls. 10

sentença de mérito. Observo também que não há que se falar em irreversibilidade da medida, até porque se essa possibilidade existisse, seria mesmo em favor da sociedade, e, mais precisamente, em favor do direito à saúde e ao tratamento dos portadores de distúrbios psiquiátricos, posto que resultaria em efetiva providência, de caráter permanente, por parte do Estado, na resolução desse problema social angustiante.

ISTO POSTO, defiro a antecipação dos efeitos da tutela para: 1) **determinar ao ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE** que proceda as adequações necessárias para a implantação de leitos hospitalares para tratamento psiquiátrico nos Hospitais Maria Alice Fernandes e Regional de São José de Mipibú, sendo 08 (oito) no primeiro e 04 (quatro) no segundo, consoante Portarias do Ministério da Saúde, o que deverá ser feito no prazo de 30 (trinta) dias, bem como que conclua, no mesmo prazo, os processos administrativos relativos aos projetos para obtenção de incentivos financeiros do Ministério da Saúde com vistas ao tratamento de pessoas com transtornos mentais; 2) que inclua os valores necessários ao custeio das despesas com os leitos hospitalares no projeto de Orçamento Geral do Estado para a saúde no ano de 2013, devendo ser enviada antes da data limite para envio do referido projeto de lei orçamentária (31.08.2012), o que deverá ser feito até o dia 20/08/2012, comprovando com juntada de documentos nos autos da presente ação civil pública; 3) que no prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados da abertura do Orçamento Geral do Estado em 2013, implante os leitos hospitalares referidos no item 1, dotando-os dos recursos materiais e humanos necessários e suficientes para o funcionamento. Fica estipulada multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) para o caso de descumprimento. Intime-se pessoalmente o Secretário de estado da Saúde. Cite-se o réu, para responder.

Publique-se e intime-se.

Natal/RN, 13 de julho de 2012.

Cícero Martins de Macedo Filho
Juiz de Direito

ANEXO H - Processo APL 08013699220148120002 MS 0801369-92.2014.8.12.000

<http://tj-ms.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/228231836/apelacao-apl-8013699220148120002-ms-0801369-9220148120002/inteiro-teor-228231842>

DADOS

Processo: APL 08013699220148120002 MS 0801369-92.2014.8.12.0002

Relator (a): Des. Odemilson Roberto Castro Fassa

Julgamento: 02/09/2015

Órgão Julgador: 4ª Câmara Cível

Publicação: 03/09/2015

AÇÃO CIVIL PÚBLICA. MUNICÍPIO DE DOURADOS. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II. ATENDIMENTO A PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES. ABERTURA DE PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO N. 04/2013 PARA VERIFICAR A REGULARIDADE DA ESTRUTURA FÍSICA E DE PESSOAL DO CAPS II APÓS REALIZAÇÃO DE AUTO DE CONSTATAÇÃO NA UNIDADE PELO MINISTÉRIO PÚBLICO. VISITA TÉCNICA N. 109 DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DOURADOS PARA INSPECIONAR A ESTRUTURA FÍSICA E DE PESSOAL DO CAPS II - APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIO COM AS IRREGULARIDADES CONSTATADAS. REALIZAÇÃO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA PARA VERIFICAR AS CONDIÇÕES HIGIÊNICO-SANITÁRIAS, FÍSICO ESTRUTURAIS E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS NECESSÁRIOS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE. APONTAMENTO DE IRREGULARIDADES - CONCESSÃO DO PRAZO DE 30 DIAS PARA REGULARIZAÇÃO. CONVERSÃO DO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO EM INQUÉRITO CIVIL. INFORMAÇÃO SOBRE O DESCUMPRIMENTO DE 10 DOS 16 ITENS IRREGULARES APONTADOS PELA INSPEÇÃO SANITÁRIA. AJUIZAMENTO DE AÇÃO CIVIL PÚBLICA PARA CONDENAR O MUNICÍPIO DE DOURADOS A PROMOVER AS ADEQUAÇÕES NECESSÁRIAS NO CAPS II, PARA FINS DE CUMPRIMENTO DO ESTABELECIDO PELAS PORTARIAS GM/MS 336/2002 E AS RDCS DA ANVISA NS. 50/02 E 63/11 – GARANTIA DE PLENO, EFICIENTE E DIGNO ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL. - HAVENDO COMPROVAÇÃO DE QUE O DESCUMPRIMENTO DO MÍNIMO EXIGIDO EM TERMOS DE ESTRUTURA FÍSICA, QUADRO DE PESSOAL, CONDIÇÕES HIGIÊNICO-SANITÁRIAS E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL GRAVE NO CAPS II, POSSÍVEL A INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO PARA GARANTIR A EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PREVIAMENTE ESTABELECIDAS, NOTADAMENTE QUANDO HÁ INCENTIVO FINANCEIRO FEDERAL. APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA.

(TJ-MS, RELATOR: DES. ODEMILSON ROBERTO CASTRO FASSA, DATA DE JULGAMENTO: 02/09/2015, 4ª CÂMARA CÍVEL).

Grifos realizados pela pesquisadora

ANEXO I - Processo AC12274 SP 0012274-29.2008.4.03.6100

<http://trf-3.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/24811976/apelacao-civel-ac-12274-sp-0012274-2920084036100-trf3>

Dados Gerais

Processo: AC 12274 SP 0012274-29.2008.4.03.6100

Relator (a): DESEMBARGADORA FEDERAL CECILIA MARCONDES

Julgamento: 19/12/2013

Órgão Julgador: TERCEIRA TURMA

Ementa

APELAÇÃO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. DIREITO. À SAÚDE. PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS. IMPLEMENTAÇÃO DE CAPS E SRT. LEI Nº 10.216/01. **OMISSÃO DO PODER EXECUTIVO NO CUMPRIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS. PODER JUDICIÁRIO.** POSSIBILIDADE DE INGERÊNCIA. PRELIMINAR DE INCOMPETÊNCIA DO JUÍZO AFASTADA.

1. A presença do Ministério Público Federal no polo ativo da demanda é suficiente para, nos termos do art. 109, I da Constituição Federal, determinar a competência da Justiça Federal para a causa. Preliminar afastada.

2. Conforme se infere da leitura do documento de fls. 500/501, após realizada reunião para composição em relação à implantação dos SRT, houve deliberação para que fossem tais unidades implantadas nos termos pretendidos na inicial, com a anuência do Estado de São Paulo e da União (fls. 600/601 e 604/605). Entretanto, o Município de São Paulo discordou dos termos por falta de disponibilidade orçamentária. Em virtude da ausência de concessões recíprocas (art. 840, CC), não restou configurada a hipótese de transação. Ao contrário, verificou-se a realização de reunião no âmbito da municipalidade, na qual deliberou-se pela implantação dos SRT de acordo com o cronograma pretendido pelo parquet na exordial, situação esta que se amolda à hipótese de reconhecimento do pedido, neste ponto específico.

3. Analisando-se as provas carreadas aos autos, verificou-se que, à época da propositura da ação, houve o reconhecimento, por parte do Município de São Paulo, da necessidade de planejamento e ampliação da sua rede de atendimento, de modo a dar fiel cumprimento do modelo assistencial em saúde mental previsto pela Lei nº 10.216/01.

4. A ingerência do Poder Judiciário se justifica nas situações em que se vislumbra a omissão do Poder Executivo no cumprimento das políticas públicas estabelecidas na legislação infraconstitucional, como efetivamente ocorrido no presente caso. Por esta razão, as providências determinadas pela d. sentença apelada não consubstanciam qualquer invasão na esfera de competência do Poder Executivo.
5. É pacífico na jurisprudência o entendimento de que existe obrigação solidária entre os entes federados, integrantes do SUS, na promoção e garantia do direito fundamental à saúde, independentemente da análise legislativa da divisão interna de atribuições conferidas a cada um deles, não sendo legítimo, portanto, à União, como pretendido, eximir-se da responsabilidade pela constituição de equipes para atuação junto aos SRT e CAPS, alegando a existência de limites materiais para sua atuação, que se resumiria somente à formulação de programas e normas gerais que digam respeito à assistência à saúde, não sendo executora direta de tais programas.
6. Qualquer inoperância que se verifique em termos de garantia ao direito à saúde, ainda que atribuída à ação ou omissão do Estado ou do Município, compromete a estrutura e essência do SUS, indicando, pois, a responsabilidade de todos os seus integrantes pelo restabelecimento de sua eficácia, na busca da realização de sua finalidade.
7. O que o Ministério Público Federal pretendeu, por meio da presente ação civil pública, foi justamente a proteção e a defesa dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, tal como estabelecido na Lei nº 10.216/01, razão pela qual revela-se plenamente viável a condenação dos réus à constituição de equipe multidisciplinar voltada à desinstitucionalização de pacientes, na forma do que formulado no item 2.4 da exordial.
8. Apelação do Ministério Público Federal provida; apelações da União, do Município de São Paulo e remessa oficial a que se nega provimento.

Grifos realizados pela pesquisadora.

ANEXO J - Processo APL 06775730620128060001 CE 0677573-06.2012.8.06.0001

DISPONÍVEL

EM:

**HTTP://WWW.JUSBRASIL.COM.BR/JURISPRUDENCIA/BUSCA?Q=TRANSTORN
O+MENTAL+TJ+CETJ-CE - APELAÇÃO APL 06775730620128060001 CE 0677573-
06.2012.8.06.0001 (TJ-CE)**

DATA DE PUBLICAÇÃO: 04/11/2015

Ementa: REEXAME NECESSÁRIO E APELAÇÃO CÍVEL. DETERMINAÇÃO DO FORNECIMENTO PELO ESTADO DO MEDICAMENTO "GAMMAR" PARA CRIANÇA ACOMETIDA DE **TRANSTORNOS MENTAIS** ADVINDOS DE LESÃO E DISFUNÇÃO CEREBRAL. PREFACIAL DE ILEGITIMIDADE PASSIVA REJEITADA, CONSIDERANDO-SE A ITERATIVA JURISPRUDÊNCIA DO STJ ACERCA DA RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS EM SE TRATANDO DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS, NÃO CABENDO AO RECORRENTE, POIS, TRANSFERIR TAL ÔNUS À UNIÃO PELO FATO DE SE TRATAR DE MEDICAÇÃO NÃO PREVISTA EM LISTAS OFICIAIS. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO AO PRINCÍPIO DA ISONOMIA, PORQUANTO NÃO SE TRATA DE CONFERIR TRATAMENTO PRIVILEGIADO A PACIENTE, MAS DE **COMPELIR O ESTADO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA**, NESTE CASO UMA NECESSIDADE INARREDÁVEL COMO A SAÚDE, RAZÃO PELA QUAL SE AUTORIZA A INTERVENÇÃO DO JUDICIÁRIO COMO ÓRGÃO CONTROLADOR DA ATIVIDADE ADMINISTRATIVA. **TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL NÃO PODE PREPONDERAR SOBRE O MÍNIMO EXISTENCIAL**. IMPOSSIBILIDADE DE ARBITRAMENTO DE VERBAS HONORÁRIAS EM FAVOR DA DEFENSORIA PÚBLICA, POR SE TRATAR DE ÓRGÃO ESTATAL, VERIFICADA A CONFUSÃO ENTRE CREDOR E DEVEDOR. PRECEDENTE DO STJ. REEXAME NECESSÁRIO E APELAÇÃO CONHECIDOS E PARCIALMENTE PROVIDOS, APENAS PARA SUPRIMIR A CONDENAÇÃO DO ESTADO AO PAGAMENTO DE HONORÁRIOS. ACÓRDÃO Vistos, relatados e discutidos estes autos do Reexame Necessário e da Apelação Cível de nº 0677573-06.2012.8.06.0001. A C O R D A a Turma Julgadora da Segunda Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, por unanimidade, em conhecer do Reexame Necessário e do recurso de Apelação Cível, para dar-lhes parcial provimento, tão somente para consignar a impossibilidade de condenação do Estado em honorários, em virtude do instituto da confusão, nos termos do voto da Desembargadora Relatora. Fortaleza, 4 de novembro de 2015. MARIA NAILDE PINHEIRO NOGUEIRA Presidente do Órgão Julgador TEREZE NEUMANN DUARTE CHAVES Relatora

Encontrado em: 2ª Câmara Cível 04/11/2015 - 4/11/2015 Apelação APL 06775730620128060001 **CE 0677573-06.2012.8.06.0001 (TJ-CE)** TEREZE NEUMANN DUARTE CHAVE

Grifos realizados pela pesquisadora.

ANEXO L - Processo AC 70062090634 RS

<http://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/150971030/apelacao-civel-ac-70062090634-rs>

Processo: AC 70062090634 RS
Relator(a): Sérgio Fernando de Vasconcellos Chaves
Julgamento: 04/11/2014
Órgão Julgador: Sétima Câmara Cível
Publicação: Diário da Justiça do dia 10/11/2014

Ementa

DIREITO À SAÚDE. INTERNAÇÃO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. PESSOA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL. OBRIGAÇÃO SOLIDÁRIA DO PODER PÚBLICO DE FORNECÊ-LA.

1. Tratando-se de pessoa que apresenta distúrbios mentais, é cabível pedir aos entes públicos a sua internação compulsória e o fornecimento do tratamento de que necessita, a fim de assegurar-lhe o direito à saúde e à vida.
2. **Os entes públicos têm o dever de fornecer gratuitamente o tratamento de pessoa cuja família não tem condições de custear.**
3. A responsabilidade dos entes públicos é solidária e há exigência de atuação integrada do poder público como um todo, isto é, União, Estados e Municípios para garantir o direito à saúde.
4. **É solidária a responsabilidade dos entes públicos.** Inteligência do art. 196 da CF. Recurso desprovido. (Apelação Cível Nº 70062090634, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sérgio Fernando de Vasconcellos Chaves, Julgado em 04/11/2014).

<http://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/150971030/apelacao-civel-ac-70062090634-rs/inteiro-teor-150971034>

Trecho deste site selecionado deste para análise:

“Sustenta o ESTADO... que, conforme a Lei nº 10.216/2001, as pessoas acometidas de transtornos mentais deverão ser, primeiramente, submetidas a tratamento em nível ambulatorial. Aduz que a internação deverá ocorrer primeiramente em leito clínico, sendo de curta duração e, após este procedimento, “os pacientes serão referendados a serviços extra-hospitalares que fazem parte da rede de serviços da área de abrangência do Município”. Diz que “somente em uma segunda etapa poderá haver a internação psiquiátrica, em casos extremos, sendo necessário que o paciente faça uma avaliação no CAPS municipal”, porquanto é um serviço especializado e regulador da rede de saúde mental. Afirma que a execução direta dos serviços de saúde pública é de competência municipal, a teor do que dispõe os artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal. Ressalta que o sistema único de saúde disponibiliza alternativas de tratamento para transtornos mentais, seja através de internação psiquiátrica, ou por meio dos CAPS, não cabendo à parte autora a opção por tratamentos de custos mais onerosos aos cofres públicos. Alega que conceder à parte demandante prioridade na lista de internação é favorecê-la em detrimento de outras pessoas que se encontram na mesma situação ou em situação mais gravosa, o que configura afronta ao art. 5º, **caput** e inc. II, 37, **caput** e 196, ambos da Constituição Federal. Pretende a reforma da sentença para julgar improcedente a presente ação. Pede o provimento do recurso.”

Grifos realizados pela pesquisadora.