



DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

MANUAL

de Atuação Estratégica para Implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Núcleo Especializado de
Cidadania e
Direitos Humanos



Núcleo Especializado dos
Direitos da Pessoa Idosa e
da Pessoa com Deficiência

Apresentação

O Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos (NCDH) e o Núcleo Especializado da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência (NEDIPED) estão atuando no tema do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Estado de São Paulo, em conformidade com a Proposta 1.1 aprovada no VI Ciclo de Conferências da Defensoria Pública.

Como resultado desses trabalhos, o NCDH elaborou uma **proposta de estratégia de atuação coletiva para fortalecimento da Atenção à Saúde Mental nos Municípios**.

Não são raros os casos em que Defensoras e Defensores Públicos se deparam com demandas de pessoas que buscam desesperadamente internações psiquiátricas ou outros tipos de atendimento de saúde mental para si ou seus familiares, trazidos muitas vezes diretamente no atendimento inicial da Defensoria Pública.

Os casos de saúde mental atendidos pela Defensoria Pública abrangem dois grandes grupos de problemas de saúde: **o uso problemático de álcool e outras drogas, e outros transtornos psiquiátricos**¹. A insuficiência ou a inexistência dos equipamentos da RAPS em um Município criam dificuldades no devido atendimento dessas populações e, assim, acabam por refletir diretamente nos prontos-socorros e no atendimento da Defensoria.

Muitas vezes, pela falta de assistência ambulatorial adequada, os quadros psiquiátricos se tornam situações de urgência ou emergência (surto, tentativas de suicídio, agressões severas contra familiares) e demandam internação – que, sem o acompanhamento ambulatorial adequado após a alta, voltarão a ser necessárias. Em outras situações, pela desinformação, as famílias acreditam que a internação, no modelo manicomial ou de “clínicas”, é a única solução possível para casos de uso abusivo de álcool/drogas ou de outras deficiências (esquizofrenias, transtornos de espectro autista, demências etc.).

Não se pode ignorar também que a falta ou a deficiência de equipamentos de saúde especializados, ou seja, a falta de suporte do Estado às famílias, deixa-as em situação de desespero e desamparo. Também adoecidas pela situação, e sem informações sobre quais são os tratamentos adequados, buscam internações de seus familiares para conseguirem descansar de todo o peso que o uso abusivo de álcool/drogas ou outros transtornos mentais sem tratamento representam.

A sucessiva proposição de ações visando a internação, nesses casos, não tem resolvido o problema. Sem uma devida reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial no Município, a tendência é de que, cada vez mais, novos casos individuais “batam à porta” da Defensoria. Nessa linha, é entendimento do Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos e do Núcleo Especializado da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência, com base na legislação, e também com base no trato diário com as questões de saúde mental, que as internações

¹ No novo modelo social advindo da Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência e da Lei Brasileira da Inclusão, o conceito de deficiência inclui o uso abusivo de álcool e outras drogas, que junto com os transtornos mentais *strictu sensu* – são exemplos de deficiência psicossocial ou mental. A antiga deficiência mental (“deficiente mental”, termo empregado em vários diplomas legais) passou a ser denominada deficiência intelectual. Ao longo deste Manual é empregado por inúmeras vezes o termo transtorno mental/psiquiátrico no sentido lato, abrangendo a deficiência psicossocial/mental e a deficiência intelectual.

sistemáticas, além de atécnicas e ilegais, não se mostram uma solução adequada para questões de saúde mental. Tais medidas comprometem o orçamento municipal, não garantem a continuidade do tratamento após a desinternação e, muitas vezes, acabam por ocorrer em locais inadequados.

Nesta linha, através deste manual se oferta uma proposta de estratégia para mudar o quadro no local de atuação do/a Defensor/a Público/a, que envolve inicialmente uma série de medidas administrativas e negociais (extrajudiciais). Se as negociações não surtirem efeito, tornam-se a preparação de medida judicial (propositura de Ação Civil Pública). Ao final, são disponibilizados modelos de ofícios e peças, cujas versões editáveis estão também disponíveis no site do Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos, na área restrita.

Para auxiliar as unidades, o Núcleo de Direitos Humanos também mapeou a **situação atual da instalação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**² em cada uma das Comarcas em que a Defensoria Pública atua. Com isso, é possível estabelecer um referencial objetivo das necessidades infraestruturais de cada Município, um útil ponto de partida para a aplicação da estratégia que aqui se propõe. Sugere-se a adoção da estratégia por todas as Unidades que identificarem em seus respectivos Municípios, seja a partir do levantamento do NCDH, seja pelas demandas cotidianas que chegam à Defensoria, insuficiência na infraestrutura de saúde para atendimento da população com problemas de saúde mental.

Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos

Núcleo Especializado da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência

Expediente

Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos

Coordenador: Rafael Lessa Vieira de Sá Menezes

Coordenador Auxiliar: Davi Quintanilha Failde de Azevedo

Coordenadora Auxiliar: Daniela Batalha Trettel

Pesquisadora voluntária: Marina de Almeida Magalhães

Núcleo Especializado da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência

Coordenadora: Fernanda Dutra Pinchiaro

Coordenadora Auxiliar: Daniela Skromov de Albuquerque

Autoras

Daniela Batalha Trettel,

Marina de Almeida Magalhães e

Daniela Skromov de Albuquerque

Índice

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	08
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	08
Unidade de Acolhimento (UA)	09
Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	10
Equipe de Consultório na Rua	10
Leito psiquiátrico	10
Ambulatório de Saúde Mental	12
Comunidade Terapêutica (CT)	12
Dados sobre a implementação da RAPS nas Comarcas em que existe Defensoria Pública	14
ETAPA I: Mapeamento de déficits da RAPS local	15

ETAPA II: Articulação e negociação	16
ETAPA III: Proposição de Ação Civil Pública	16
Como lidar com demandas individuais por atenção psicossocial?	17
ANEXO I: ESTRUTURA DA RAPS NOS LOCAIS COM UNIDADES DA DEFENSORIA	20
ANEXO II: PARECER sobre descabimento de internação de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas	21
ANEXO III: Modelo de Ofício – Unidades em Municípios com Plano de Ação Regional	36
ANEXO IV: Modelo de Ofício – Unidades em Municípios sem Plano de Ação Regional	40
ANEXO V: Modelo de Ação Civil Pública	43

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial é regulamentada pelo Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde, inserida no sistema normativo de regulamentação do SUS. Essa Portaria, ao estabelecer a organização básica da Rede, enumera seus equipamentos específicos. Da perspectiva da Defensoria Pública, que busca principalmente a garantia de um tratamento básico digno para os cidadãos, considera-se centrais para o fortalecimento da Rede os seguintes equipamentos/instrumentos³:

- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Unidades de Acolhimento (UAs);
- Serviços de Residência Terapêutica (SRTs);
- Equipes de Consultório na Rua;
- Leitos psiquiátricos, preferencialmente em Hospital Geral

Cabe ressaltar que a rede de atenção básica (como as Unidades Básicas de Saúde, as equipes de saúde da família e os Centros de Convivência e Cultura) e a rede de emergência (SAMU, por exemplo) do Sistema Único de Saúde também são consideradas parte da RAPS, devendo haver integração entre os equipamentos especializados em saúde mental e os demais equipamentos da rede de saúde pública. A conclusão não poderia ser outra, considerando que os problemas de saúde mental têm alta prevalência na população brasileira e devem ser acolhidos em todos os equipamentos de saúde, encaminhando-se os casos mais complexos para os equipamentos especializados da RAPS.

Além dos equipamentos centrais da RAPS elencados, também serão apresentadas algumas considerações sobre os Ambulatórios de Saúde Mental e as Comunidades Terapêuticas, tendo em vista a sua recente inclusão entre os equipamentos que compõem a RAPS⁴.

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os **CAPS** são equipamentos que oferecem serviços de saúde de caráter aberto e comunitário aos pacientes de saúde mental e suas famílias, provendo atenção diária para o acompanhamento do tratamento. Atuam, assim, como principal porta de entrada de cidadãos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O serviço oferece atendimentos medicamentoso, psicoterápico e de suporte social a indivíduos e grupos. Conta com equipe de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros profissionais, de forma a oferecer estrutura completa e

³ Para uma listagem completa dos equipamentos da RAPS, consultar o art. 5º do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017.

⁴ Conforme, respectivamente, os arts. 5º, II, b (conforme redação dada pela Portaria nº 3.588/2017 do MS) e 5º, IV, b c/c 9º, II do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde.

interdisciplinar para o acompanhamento dos pacientes de saúde mental. São, pois, os equipamentos moldados para oferecer suporte integral no tratamento de usuários da Rede. Não à toa, os CAPS são também os serviços responsáveis pela “organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território”⁵ – tratando-se, pois, de equipamentos absolutamente estratégicos e imprescindíveis em qualquer Município.

Os CAPS são segmentados de acordo com a complexidade e especialização dos serviços oferecidos. Existem, atualmente, as seguintes modalidades:

- CAPS I (modalidade básica do serviço, indicada para cidades com 15 mil a 70 mil habitantes);
- CAPS II (modalidade básica do serviço, indicada para cidades com 70 mil a 150 mil habitantes);
- CAPS III (modalidade básica do serviço, indicada para cidades com população acima de 150 mil habitantes);
- CAPS Ad (modalidade de serviço especializada para atendimento de necessidades decorrentes do abuso de substâncias químicas, indicada para cidades com população acima de 70 mil habitantes);
- CAPS Ad IV (modalidade de serviço especializada para atendimento de necessidades decorrentes do abuso de substâncias químicas, indicada para cidades com população acima de 500 mil habitantes), e;
- CAPS i (modalidade de serviço especializada para atendimento de crianças e adolescentes, indicada para cidades com população acima de 70 mil habitantes)⁶.

Unidade de Acolhimento (UA)

As **Unidades de Acolhimento (UAs)** são serviços que oferecem acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pacientes com transtornos decorrentes do abuso de substâncias, que dependam dessa modalidade de atenção e não possam provê-la, em razão de sua situação de vulnerabilidade social e/ou familiar. São, portanto, equipamentos imprescindíveis para lidar com o problema da dependência química sem que se sobrecarreguem os CAPS ou que haja má utilização dos serviços de internação. As UAs destinadas ao acolhimento de adultos devem ser implementadas em cidades com mais de 200 mil habitantes. O referencial mínimo para implementação de UAs infanto-juvenis, por sua vez, é de 100 mil habitantes⁷.

5 Alude-se, neste parágrafo, aos seguintes dispositivos do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde: art. 20 e parágrafos; art. 23 e parágrafos. Trecho entre aspas replicado especificamente dos §1º, I; §4º, I, e; §7º, I do art. 23.

6 As definições de cada modalidade de CAPS e suas respectivas bases populacionais mínimas indicadas podem ser encontradas no art. 7º do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde.

7 Conforme os arts. 46, I e 48, I do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde.

Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

Os **Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)** são moradias ou casas inseridas na comunidade, com caráter de serviço de saúde público, voltados ao acolhimento de pacientes egressos de hospitais psiquiátrico ou regimes de internação psiquiátrica prolongada⁸ (ou seja, de um ano ininterrupto ou mais anos⁹), em razão dos quais acabaram por desenvolver grave dependência institucional.

Ao acolherem tais pacientes, esses equipamentos têm como objetivo primordial a substituição do modelo terapêutico de isolamento anteriormente aplicado, promovendo sua reinserção à vida comunitária sem deixá-los desamparados terapêuticamente. A legislação não define uma população mínima referencial para a implementação de SRTs no território, mas estabelece que devem ser implementadas tantas vagas em SRTs quanto forem necessárias para atender todos os municípios egressos de internação de longa duração¹⁰.

Equipe de Consultório na Rua

A equipe de consultório na rua é constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ou seja, que realizam abordagens diretas a grupos populacionais vulneráveis, ofertando ações e cuidados de saúde. Seu trabalho é focado na população em situação de rua em geral, pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental.

A Portaria do Ministério da Saúde prevê expressamente que a equipe de consultório na rua, na abordagem de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, deve incluir ações de redução de danos no tratamento dos pacientes, 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.

Leito psiquiátrico

Finalmente, os **leitos psiquiátricos** são os equipamentos destinados às internações psiquiátricas. As internações são medidas pontuais destinadas às situações de emergência psiquiátrica, em que a vida do paciente se encontre em risco. Aplica-se, geralmente, para a contenção de surtos ou crises agudas. Pela lei, deve existir 1 leito psi-

8 Inclusive pacientes egressos de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

9 Portaria MS nº 2.840, de 29/12/2014, artigo 3º, § único: Parágrafo único. Para fins desta Portaria, considera-se a internação de longa permanência de que trata o inciso I do “caput” aquela superior a 1 (um) ano, de forma ininterrupta.

10 Conforme o Anexo I do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde.

quiátrico para cada 23 mil habitantes de um dado município ou região de referência¹¹.

Por destinarem-se apenas à estabilização do paciente, as internações psiquiátricas não devem se estender no tempo e nem se confundir com o tratamento cotidiano do paciente. Por este motivo, defende-se que, a despeito de a lei admitir que internações psiquiátricas sejam feitas em hospitais gerais ou em hospitais psiquiátricos (nunca em comunidades terapêuticas ou “clínicas”¹²), é mais adequado que elas se deem em hospitais gerais. Com isso, evita-se o risco de que o paciente seja mantido internado por mais tempo que o necessário, dada a potencial confusão entre internação e tratamento cotidiano que frequentemente ocorre em hospitais psiquiátricos. Além disso, em hospitais gerais fica garantida a retaguarda necessária para tratamento de eventuais comorbidades decorrentes do quadro psiquiátrico do paciente¹³.

Nesse ponto, cabe indicar que o NEDIPED é contrário, em qualquer caso, à ocorrência de internações em hospitais psiquiátricos, por considerá-los um equipamento em desacordo com a Reforma Psiquiátrica, com práticas de confinamento e restrição de visitas injustificadas quando da admissão do paciente, com proibição da presença de um acompanhante, direito assegurado a toda pessoa com deficiência internada (LBI, artigo 22), além de serem inadequados para o tratamento das múltiplas comorbidades comuns à situação de emergência. Assim, eventuais internações, além de breves, devem ocorrer somente em leito psiquiátrico de saúde mental nos serviços de base comunitária, disponíveis em Hospitais Gerais, Maternidades, Hospitais de Pediatria ou Centros de Atenção Psicossocial.

Ressalta-se, aqui, a excepcionalidade e pontualidade da medida de internação para que se incorpore, também nas práticas da Defensoria Pública, a postura de tratá-la como último recurso no tratamento do paciente de saúde mental. De fato, trata-se não apenas de recomendação do Núcleo Especializado de Direitos Humanos e do Núcleo Especializado do Idoso e da Pessoa com Deficiência, mas de determinação legal expressa, conforme as Leis nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) e nº11.343/2006. Ambos os diplomas são claros em estabelecer que a internação psiquiátrica, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, devendo durar, no máximo, 90 dias.

11 Conforme o art. 59, I do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 33/2017 do Ministério da Saúde.

12 Na a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), as Comunidades Terapêuticas são classificadas como “ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL PRESTADAS EM RESIDÊNCIAS COLETIVAS E PARTICULARES NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE” (CNAE 8730-1/99). São locais de acolhimento, em que sequer internações voluntárias são aceitas pela legislação. O modelo de clínica como local em que há internações voluntárias, involuntárias ou compulsórias com acompanhamento médico não está previsto na legislação sanitária. O estabelecimento, para assim funcionar (receber internações), deve se adequar às exigências sanitárias para funcionamento de hospital: ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR – EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO E URGÊNCIAS (CNAE 8610-1/01) e ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS (CNAE 8610-1/02). V. http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/E_PT-CVS-04_210311_ANEXO_I.pdf.

13 Hospitais gerais contam, por exemplo, com UTIs ou médicos de outras especialidades disponíveis para o tratamento dos pacientes psiquiátricos. Não são raros os casos de pacientes que, em razão do surto, apresentam necessidades decorrentes, por exemplo, de autolesões ou de crises respiratórias ou cardiológicas (frequentes em processo de desintoxicação de substâncias psicoativas).

Além disso, essas mesmas Leis colocam uma série de requisitos formais para que as internações psiquiátricas sejam realizadas, denotando aí, também, a gravidade da medida. A título de exemplo, cite-se que as internações devem ser obrigatoriamente autorizadas por médico registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação. A própria Defensoria Pública tornou-se, aliás, responsável pelo monitoramento da adequação das medidas de internação efetivadas, vez que, com a reforma de 2019 da Lei nº 11.343/2006, tornou-se obrigatória a notificação à Defensoria Pública de todas as internações e altas relacionadas ao uso de drogas, em, no máximo, 72 horas (a legislação anterior determinava que somente o Ministério Público era notificado).

Ambulatório de Saúde Mental

Em muitos Municípios, a atenção à saúde mental, quando existente, dá-se através de Ambulatórios de Saúde Mental. Tais espaços, geralmente, não abordam as questões de saúde mental com a transversalidade necessária, e costumam focar a atenção oferecida na oferta de consultas psiquiátricas associadas ou não a psicoterapia.

Muitos dos Ambulatórios de Saúde Mental não disponibilizam a equipe mínima exigida para a sua transformação em um CAPS. Não são raros os casos em que um mesmo médico atende tantos pacientes que seu trabalho se resume à repetição de receitas.

Dado esse cenário geral de precariedade, quando da Reforma Psiquiátrica, optou-se pela substituição dos ambulatórios pelos CAPS, que atenderiam casos complexos, associada ao encaminhamento dos casos não complexos para as Unidades Básicas de Saúde do território do paciente. Todavia, em muitos locais os ambulatórios continuaram a existir e, por pressão política, acabaram sendo incorporados novamente à RAPS em 2017 (Portaria nº 3.588/2017 do MS).

Assim, é possível dizer que, para o tratamento de casos complexos, o CAPS é indicado como o equipamento mais adequado. Mas há Municípios em que, pelo perfil populacional, não existe a obrigação de se instalar CAPS. Outros, mesmo tendo CAPS (ou perfil para que tenham CAPS), ainda mantêm os seus Ambulatórios. Nesses casos, se o Município tiver o perfil populacional que exige a instalação de CAPS, ressalte-se que a simples existência do Ambulatório não preenche a obrigação legal, e tampouco é capaz de oferecer suporte suficiente para toda a população local.

Comunidade Terapêutica (CT)

As **Comunidades Terapêuticas Acolhedoras**, conforme a Lei nº 11.343/2006, com a nova redação dada pela Lei nº 13.840/2019, são locais de acolhimento de pessoas

com uso problemático de álcool e outras drogas. É proibida a internação nesses locais, mesmo que voluntária. O seu caráter é apenas residencial, e a adesão e permanência é voluntária, devendo haver referenciamento no CAPS mais próximo.

Em resumo, as CTs são locais residenciais, em que pessoas passam pelo processo de abandono do uso de álcool e outras drogas, geralmente baseado na abstinência. O processo é compartilhado com outras pessoas na mesma situação, mediado sempre pela realização de atividades práticas de valor educativo, visando ao desenvolvimento pessoal. Frequentemente, os princípios do tratamento vêm também ligados à pregação religiosa. São também características dos locais:

- Destinação exclusiva a pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Vocação para acolhimento de usuário ou dependente de drogas em vulnerabilidade social (por exemplo, pessoas em situa o de rua);
- Proibi o da presença de pessoas com deficiência mental/intelectual ou com comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave;
- Exclusivo para usuários ou dependentes de drogas (lícitas ou ilícitas) que visam   abstinência;
- Adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito;
- Compreensão do período de acolhimento como uma etapa transitória para a reinser o social e econ mica do usuário ou dependente de drogas;
- Obrigatoriedade de realiza o de avalia o médica prévia ao acolhimento;
- Obrigatoriedade de elabora o de plano individual de atendimento (PIA) na forma do art. 23-B DA Lei 11.343/2006;
- Veda o de isolamento físico do usuário ou dependente de drogas;
- Proibi o do cerceamento da liberdade de ir e vir, podendo o residente da Comunidade Terapêutica deixar o local quando assim desejar, sem necessidade de decisão judicial, autoriza o da família ou laudo médico.

A experiência do Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos da Defensoria Pública de São Paulo mostra que as Comunidades Terapêuticas são, em regra, muito problemáticas. Na maioria das inspe oes realizadas pelo Núcleo foram constatadas diversas viola oes de direitos nos locais. As viola oes envolvem tratamento degradante, trabalho forçado (laborterapia), tortura, humilha o, coa o   liberdade de consciência e de crença, discrimina o ou preconceito, sequestro e cárcere privado, dentre outras. Relatos dessas viola oes são apresentados no relatório da Inspe o Nacional em Comunidades Terapêuticas de 2017, realizada pelo Conselho Federal de Psicologia, pelo Mecanismo Nacional de Preven o e Combate   Tortura e pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão.

Por esse motivo, o NCDH e o NEDIPED não listam as Comunidades Terapêuticas como equipamentos estratégicos na Rede de Aten o Psicossocial. Entende-se que os demais equipamentos da RAPS – notoriamente, aqueles de caráter público –, articulados, são capazes de oferecer aten o satisfatória aos pacientes a partir de uma perspectiva mais humanizada e efetiva, baseada na redu o de danos em oposi o   abstinência. Ainda

assim, listam-se aqui as Comunidades Terapêuticas por reconhecer-se a sua importância no debate público sobre atenção psicossocial.

Veja no Anexo II o Parecer conjunto do NCDH e do Núcleo Especializado de Infância e Juventude (NEIJ) sobre a vedação da presença de crianças e adolescentes em Comunidades Terapêuticas.

Dados sobre a implementação da RAPS nas Comarcas em que existe Defensoria Pública

O ponto de partida para o desenho da estratégia de atuação coletiva proposta foi a realização de um levantamento da infraestrutura de atenção psicossocial atualmente presente em cada Município do Estado, em especial de CAPS.

Uma vez recebidos dados da Secretaria do Estado de Saúde (SES/SP), cruzou-se as informações com as previsões da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do MS para determinar precisamente quais Municípios do Estado contam com infraestrutura de atenção psicossocial insuficiente pelos parâmetros legais. O resultado desse levantamento para todos os Municípios do Estado se encontra no site do NCDH. No Anexo I, podem ser consultadas as informações sobre as Comarcas em que existem Unidades da Defensoria Pública. A coluna "Diagnóstico" contém a avaliação sobre quais equipamentos devem ser implementados em cada Município. Note-se, no entanto, que esse diagnóstico compreende apenas os CAPS e as vagas em Serviços Residenciais Terapêuticos, pois foram recebidos dados da Secretaria de Saúde apenas com relação a estes equipamentos.

No gráfico que segue é possível visualizar quantos CAPS ainda precisam ser instalados no Estado, divididos por modalidade:



Vê-se, a partir destes dados, que o déficit na atenção psicossocial no Estado é generalizado, e particularmente acentuado em Municípios de pequeno porte (o que pode ser percebido pelo premente déficit de CAPS na modalidade I, destinados ao atendimento de Municípios de até 70 mil habitantes). Por este motivo, avaliou-se que uma estratégia de atuação coletiva seria uma maneira mais adequada de lidar com a falta de infraestrutura da RAPS no Estado. O modelo de atuação elaborado pelo NCDH e pelo NEDIPED segue este entendimento.

Feitas todas estas considerações introdutórias necessárias, apresentar-se-á, a seguir, a estratégia de atuação coletiva para implementação da RAPS no Estado de São Paulo bolada pelo Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos da Defensoria Pública. A estratégia proposta compreende três principais fases, que foram observadas na elaboração deste manual:

- (i) mapeamento dos déficits e problemas particulares a cada Município;
- (ii) articulação com diversos atores – políticos, burocráticos e civis – para a negociação das pautas propostas pela Defensoria, e;
- (iii) judicialização das demandas, em caso de insucesso da etapa ii da estratégia.

ETAPA I: Mapeamento de déficits da RAPS local

O levantamento realizado pelo NCDH cobre apenas os CAPS e as vagas em SRTs – e, ainda assim, foram detectadas potenciais defasagens nas informações fornecidas pela SES. Por isso, **o primeiro passo na atuação estratégica da Defensoria deve ser o de mapeamento local dos déficits de equipamentos da RAPS**. É este também o momento de identificação de particularidades locais que possam orientar os pleitos de cada Unidade¹⁴.

- 1) Consulte, no Portal da SES, os Planos de Ação Regional de expansão da RAPS¹⁵, elaborados em 2012, para verificar se o Município referente à Unidade foi abarcado no planejamento do Estado.
- 2) Identificado se o Município está ou não incluído em um Plano de Ação Regional, escolha um dos dois modelos de ofício disponibilizados nos Anexo IV e V, fazendo a devida adaptação dos pontos grifados, para envio à Prefeitura Municipal e à Secretaria Municipal de Saúde. Tratam-se de questionamentos gerais elaborados pelo NCDH que podem proporcionar um mapeamento genérico da

¹⁴ O modelo elaborado pelo NCDH foca centralmente na implementação de CAPS, mas nem todos os Municípios terão essa demanda como prioritária, por exemplo.

¹⁵ Disponíveis em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/saude-mental-alcool-e-drogas/plano-de-acao-das-raps-aprovadas-em-cib/>.

RAPS no local. Sempre que possível, sugere-se também a complementação e adaptação do modelo elaborado, para que se mapeie a infraestrutura local levando em conta as particularidades municipais.

3) Recomenda-se, adicionalmente, o envio de ofícios ao SAMU local, com questionamentos sobre o número de atendimentos a crises de saúde mental registrados no território no último ano. O mapeamento de ocorrências também pode ser feito junto ao hospital de referência local. Neste último caso, sugere-se também que se peça dos respectivos gestores uma avaliação sobre como a insuficiência na infraestrutura da RAPS impacta na quantidade de internações realizadas no equipamento.

4) Se possível, também faça um levantamento dos casos atendidos pela Defensoria Pública local, judicialmente ou através do CAM.

ETAPA II: Articulação e negociação

Uma vez mapeadas as insuficiências e os dados sobre a RAPS local, a Unidade poderá precisar as prioridades de seu território e, ao menos vagamente, poderá apontar os atores responsáveis pelos déficits identificados. Com isso, sugere-se que haja um trabalho de articulação com os políticos (Prefeitura e Câmara Municipal), gestores (principalmente, da Secretaria Municipal de Saúde e do SUS na região) e sociedade civil para que seja negociado um projeto de expansão da RAPS no Município. A atuação conjunta com o Ministério Público Estadual também é recomendada. Para tanto, podem ser agendadas reuniões e/ou audiências públicas.

Particularmente, sugere-se que sejam articulados, no mínimo: a inclusão, no orçamento municipal, de despesas voltadas especificamente à implementação de novos equipamentos de atenção psicossocial; uma rede de fiscalização do cumprimento dos eventuais compromissos assumidos pelos políticos e gestores com o representante local do Ministério Público, e; a inclusão da expansão da RAPS como meta do Plano Plurianual 2020-2023.

ETAPA III: Proposição de Ação Civil Pública

Na hipótese de as tratativas da etapa II não surtirem efeito – seja pela expressa negativa dos atores locais, seja por excessiva inércia de sua parte –, sugere-se a judicialização dos pleitos formulados pela Unidade. Para isso, elaborou-se um modelo de Ação Civil Pública, que se encontra no anexo. O modelo cobre os principais pontos a serem juridicamente discutidos, em se tratando de déficit de infraestrutura de atenção psicossocial.

Para um efetivo uso estratégico da judicialização, além das negociações prévias, recomenda-se que sejam realizados pela Unidade mutirões de atendimentos em que se possam colher relatos e potenciais testemunhas para posterior instrução da ação. Independentemente de mutirões, é importante também que se crie um registro de todos os atendimentos realizados pela Unidade que envolvam saúde mental, também para fins de instrução.

Como lidar com demandas individuais por atenção psicossocial?

A estratégia aqui apresentada é um plano coletivo de atuação, cuja principal proposta é a de forçar a devida implementação e estruturação da RAPS no Município.

Quanto aos casos individuais que possam ainda chegar à Unidades da Defensoria Pública, a sugestão é a de que os assistidos sejam acolhidos na Unidade em conjunto com os Agentes do Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM) e inseridos administrativamente nos equipamentos adequados do Município. Em casos de atendimento por advogado conveniado à Defensoria Pública, o fluxo de encaminhamento do assistido deve ser o mesmo, à exceção de que o acolhimento pelo CAM, nestes casos, é disponibilizado pelo Grupo de Apoio Interdisciplinar (GAI) da Assessoria Cível da Defensoria Pública.

Se, excepcionalmente, a medida jurídica se mostrar necessária, propõe-se que sejam ajuizadas ações de obrigação de fazer contra Município e Estado – a fim de que o tratamento adequado seja disponibilizado.

Nessa linha, os pedidos de tratamento de saúde devem se ater a tratamentos ambulatoriais, exceto em casos em que há emergência¹⁶ **atestada em laudo médico circunstanciado** e não baseado exclusivamente na condição de deficiência do paciente (ou seja, situações nas quais também um paciente sem deficiência precisaria de intervenção médica sem consentimento, como é o caso dos surtos psicóticos ou infartos).

O pedido de disponibilização de vaga de internação deve se circunscrever apenas a internações de curta duração, em leito psiquiátrico, de preferência em hospital geral¹⁷, somente até a estabilização do caso e com garantia da continuidade do tratamento em regime ambulatorial, com expressa menção de que da decisão judicial conste a desnecessidade de nova ordem judicial para liberação do/a paciente, bastando a alta médica ou o pedido do familiar responsável (art. 8º, §2º, Lei 10.216/01).

16 LBI, artigo 13: A pessoa com deficiência somente será atendida sem seu consentimento prévio, livre e esclarecido em casos de risco de morte e de emergência em saúde, resguardado seu superior interesse e adotadas as salvaguardas legais cabíveis.

17 Anote-se que é entendimento do NEDIPED que as internações psiquiátricas não devem ocorrer em hospitais psiquiátricos, mas sim em leitos de saúde mental nos serviços de base comunitárias, como hospitais gerais, hospitais de pediatria de CAPS.

Para o NEDIPED, as internações em leito de saúde mental sem consentimento do paciente são adstritas aos casos de risco de morte e emergência em saúde, conforme estabelecem os termos escritos do artigo da Lei Brasileira da Inclusão. Uma vez cessada a iminência de morte, a continuidade do tratamento depende de consentimento do paciente. Conforme GIGLIO-JACQUEMOT apud PAIM, 2005, p.17: "Uma emergência corresponde a um 'processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação. Exige que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter funções vitais e evitar incapacidade ou complicações graves. Representa situações como choque, parada cardíaca e respiratória, hemorragia, traumatismo crânio-encefálico, etc.". Logo, repise-se, apenas é possível o tratamento médico sem colheita de consentimento prévio quando a colheita do consentimento prévio é impossível e tal somente ocorreu quando a pessoa está em situação limite emergencial de risco à própria vida, com risco de perda dos sinais vitais, desacordada, inconsciente, e, portanto, impossibilitada temporariamente de exprimir sua vontade.

São as situações que demandam do socorro humanitário, a exemplo de um atropelado em estado grave, uma pessoa que teve um AVC ou um ataque cardíaco e está desacordada, uma pessoa que está em evidente surto tentando se matar ou se jogar do alto de um prédio, situações breves e transitórias que demandam o agir rápido em prol da preservação da vida. É importante pontuar que nem todo socorro implica em internação.

Não é admitido nesses casos, em hipótese alguma, o pedido de disponibilização de vaga em comunidade terapêutica, uma vez que esse equipamento não possui autorização legal e estrutura para receber internações relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas ou de outras deficiências, restringindo-se ao acolhimento voluntário. Eventual disponibilização de vaga em Comunidade Terapêutica, como resposta à ação judicial, caracteriza descumprimento da decisão judicial, vez que a internação psiquiátrica em Comunidades Terapêuticas fica expressamente vedada pela Lei nº 13.840/2019.

O atendimento às famílias que buscam a internação forçada de seus parentes deve se concentrar no esclarecimento em relação à impossibilidade da internação involuntária/compulsória, salvo em situações de crises devidamente descritas em relatórios médicos circunstanciados. A orientação das famílias, neste sentido, deve perpassar também o apontamento dos outros encaminhamentos possíveis para o paciente no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Quando a Defensoria Pública se deparar com uma rede de serviços insuficiente ou mesmo inadequada de atenção psicossocial, como foi dito anteriormente, sua atuação deve se focar na implementação e aperfeiçoamento dos serviços necessários para o tratamento. Para isso, pode se valer tanto de instrumentos judiciais (ação de obrigação de fazer individuais, ação civil pública, etc.) quanto do apoio do CAM para trabalhar essa questão de modo extrajudicial.

Além disso, pode ser ofertado aos familiares o ajuizamento de ação judicial também

em seu favor, a fim de que o tratamento multidisciplinar, psicológico e psiquiátrico, se estenda a eles, considerando que o sofrimento mental em casa costuma afetar emocionalmente a todos os conviventes.

Relembre-se que, quando a situação trazida à Defensoria se encaixar nas hipóteses de internação ou acolhimento psiquiátrico, os respectivos procedimentos legais (contidos, dentre outros, na Lei nº 10.216/2001, Lei nº 11.343/2006, Lei nº 13.840/2019 e Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde) devem ser sempre observados na efetivação de cada uma dessas medidas, priorizando-se sempre a autonomia do paciente e a possibilidade de que se dê continuidade ao tratamento no pós-internação ou acolhimento.

ANEXO I: ESTRUTURA DA RAPS NOS LOCAIS COM UNIDADES DA DEFENSORIA

Município	DRS	População	Infraestrutura atual da RAPS								Infraestrutura mínima prevista na legislação de saúde mental						Diagnóstico	OBS		
			CAPSad	CAPSad III	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSinf antil	CAPSad IV	SRT	CAPSad	CAPSad III	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSinf antil			CAPSad IV	
Araçatuba	2	195.874	1	0	0	0	0	1	1	0	2	0				1	1	0	FALSO	
Araraquara	3	233.744	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III, CAPS III e CAPSi	Tem plano de expansão.	
Avaré	6	90.063	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	Falta CAPSad e CAPSi	Tem plano de expansão.	
Barretos	5	121.344	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	Falta CAPSad e CAPSi	Tem plano de expansão.	
Bauru	6	374.272	1	0	1	0	0	2	0	6	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III e CAPS III		
Bragança Paulista	7	166.753	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III, CAPS III e CAPSi		
Campinas	7	1.194.094	1	0	0	0	9	4	0	20	0	0	0	0	0	1	1	Falta CAPSad IV (se houver Cracolândia)		
Caraguatatuba	17	119.625	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	Falta CAPSad e CAPSi		
Carapicuíba	1	398.611	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III e CAPS III	Tem plano de expansão.	
Diadema	1	420.934	1	0	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III	Tem plano de expansão.	
Franca	8	350.400	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III, CAPS III e CAPSi		
Franco da Rocha	1	152.433	1	0	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III e CAPS III		
Ferraz de Vasconcelos	1	191.993	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III, CAPS III e CAPSi	Tem plano de expansão.	
Guarujá	4	318.107	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III		
Guarulhos	1	1.365.899	1	0	0	4	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	Falta CAPSad IV (se houver Cracolândia)	Tem plano de expansão.	
Itapetininga	16	162.231	1	0	0	1	0	1	0	3	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III e CAPS III	Tem plano de expansão.	
Itaquaquecetuba	1	366.519	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III, CAPS III e CAPSi	Tem plano de expansão.	
Jacareí	17	231.863	1	0	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III e CAPS III		
Jaú	6	148.581	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	Falta CAPS II e CAPSi		
Jundiaí	7	414.810	0	1	0	0	1	1	0	2	0	1	0	0	1	1	0	Estrutura completa		
Limeira	10	303.682	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III e CAPS III		
Marília	9	237.130	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III e CAPS III		
Mauá	1	468.148	0	0	0	0	2	1	0	2	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III	Tem plano de expansão.	
Mogi das Cruzes	1	440.769	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III, CAPS III e CAPSi	Tem plano de expansão.	
Osasco	1	696.850	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	Falta CAPSad IV (se houver Cracolândia)	Tem plano de expansão.	
Piracicaba	10	400.949	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III, CAPS III e CAPSi		
Praia Grande	4	319.146	1	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III e CAPS III		
Presidente Prudente	11	227.072	0	1	0	1	1	1	0	6	0	1	0	0	1	1	0	Estrutura completa		
Registro	12	56.249	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	Estrutura completa		
Ribeirão Preto	13	694.534	1	0	0	2	1	2	0	5	0	0	0	0	0	1	1	Falta CAPSad IV (se houver Cracolândia)	Tem plano de expansão.	
Rio Claro	10	204.797	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III		
Santo André	1	716.109	1	0	0	0	3	1	0	4	0	0	0	0	0	1	1	Falta CAPSad IV (se houver Cracolândia)	Tem plano de expansão.	
Santos	4	432.957	1	0	0	0	5	3	0	2	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III		
São Bernardino do Campo	1	833.240	0	3	0	0	5	1	0	8	0	0	0	0	0	1	1	Falta CAPSad IV (se houver Cracolândia)	Tem plano de expansão.	
São Carlos	3	249.415	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III e CAPS III	Tem plano de expansão.	
São José do Rio Preto	15	456.245	1	1	0	1	0	3	0	0	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPS III		
São José dos Campos	17	713.943	1	0	1	2	0	1	0	10	0	0	0	0	0	1	1	Falta CAPSad IV (se houver Cracolândia)		
São Paulo	1	12.176.866	17	2	5	25	14	23	0	52	0	0	0	0	0	1	1	Falta CAPSad IV (se houver Cracolândia)	Tem plano de expansão.	
São Sebastião	17	87.596	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	Falta CAPS II e CAPSi		
São Vicente	4	363.173	1	0	0	3	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III e CAPS III		
Sorocaba	16	671.186	0	2	0	0	3	3	0	28	0	0	0	0	0	1	1	Falta CAPSad IV (se houver Cracolândia)	Tem plano de expansão.	
Taubaté	17	311.854	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	Falta CAPSad III e CAPS III		

ANEXO II: PARECER sobre descabimento de internação de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas¹⁸

Trata-se de análise acerca do **(des)cabimento de internação de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas**, considerando a normativa atual. A presente consulta surgiu de discussão realizada entre o Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos e a Vigilância Sanitária estadual, em evento reunindo representantes de diversos órgãos municipais responsáveis por vigilância sanitária.

Primeiramente, cumpre reconhecer que as comunidades terapêuticas têm crescido em quantidade e se apresentam como opção de tratamento imediatamente disponível nos mais diversos municípios. Contudo, em se tratando de crianças e adolescentes, conforme salientado pelo Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes (CONANDA)¹⁹, seus direitos devem ser respeitados em todos os locais, de modo que o seu cuidado em saúde seja oferecido em bases territoriais com a garantia do direito à convivência familiar e comunitária e do direito à educação.

Ocorre que, em visitas e inspeções a comunidades terapêuticas, diversas violações de direitos têm sido verificadas às pessoas acolhidas e que atingem, com mais gravidade, o público infanto-juvenil, por sua condição peculiar de desenvolvimento. As violações envolvem tratamento degradante, trabalho forçado (laborterapia), tortura, humilhação, coação a liberdade de consciência e de crença, discriminação ou preconceito, dentre outras. Relatos dessas violações são apresentados no relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas de 2017, realizada pelo Conselho Federal de Psicologia, pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão.

Não se pode dissociar, da mesma forma, a presente análise das transformações conceituais e dos avanços adquiridos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil, tecidos de maneira lenta e processual ao longo de mais de três décadas. Construiu-se uma nova forma de cuidado e atenção à saúde mental, na qual a produção de cidadania passou a ser considerada condição inegociável para se alcançar saúde.

Na esteira da reivindicação de familiares, trabalhadores e de pessoas anteriormente segregadas e violadas em instituições manicomiais pelo Brasil, foram criadas legislações de garantia de direitos, ainda que implementadas à base de muita resistência. Apesar dos avanços, são muitos os desafios para a substituição dos antigos hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de atenção integral. Não há dúvida de que o País ainda precisa investir na ampliação e qualificação desses serviços, de forma que sejam mais

¹⁸ Parecer conjunto elaborado pelo NCDH e pelo Núcleo Especializado de Infância e Juventude.

¹⁹ Ofício nº 46 – CONANDA/SNPDCA/SDH/PR, de 13 de abril de 2015, referente à Resolução que dispõe sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Oficio-comunidades-terapeuticas-CONANDA-1.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

facilmente acessíveis à população, abertos, comunitários e inseridos no território.

Passa-se, a seguir, a analisar a legislação nacional, estadual e a normativa infralegal, para, ao final, discutir em que medida as comunidades terapêuticas podem ou não acolher crianças e adolescentes.

1. Apesar de o cuidado em saúde ser objeto de densa base normativa a partir da Constituição Federal em 1988, a atenção à saúde mental, de maneira específica, passa a ser tratada somente a partir da **Lei nº 10.216/2001**, de modo que não existiam apontamentos relevantes nas normas legais anteriores. Referida lei trata dos direitos dos usuários de serviços de atenção à saúde mental, voltando-se, também, à afirmação de seus direitos, independentemente de qualquer forma de discriminação.

Para além da regulamentação da internação, que costuma ser mais divulgada, a Lei nº 10.216 também atribui ao Estado a responsabilidade pelo desenvolvimento da política de saúde mental, pela assistência e pela promoção de ações de saúde, prevendo a participação da sociedade e da família. Na sequência, como anunciado, há um regramento sobre modalidades de internação (*voluntária, involuntária e compulsória*), condições para sua realização (*a internação somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos*), cabimento (*indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes*), objetivos (*oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros*) e local (*vedada a sua realização em instituições com características asilares*).

Especificamente no que se refere à internação para drogadição, cabe trazer à baila a **Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006)**, recentemente alterada, mas que já trazia, em seu texto original, a previsão de atendimento a usuários de drogas em estabelecimentos e instituições da sociedade civil, vinculando tal atendimento às diretrizes do Ministério da Saúde, à existência de projeto terapêutico individualizado e orientado à inclusão social. A recente alteração, por meio da Lei nº 13.840/2019, veio especificar que o projeto terapêutico individualizado deve ser consubstanciado em um plano individual de atendimento, detalhado no artigo 23-B²⁰.

20 Art. 23-B. O atendimento ao usuário ou dependente de drogas na rede de atenção à saúde dependerá de:

I - avaliação prévia por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial; e

II - elaboração de um Plano Individual de Atendimento - PIA.

§ 1º A avaliação prévia da equipe técnica subsidiará a elaboração e execução do projeto terapêutico individual a ser adotado, levantando no mínimo:

I - o tipo de droga e o padrão de seu uso; e

II - o risco à saúde física e mental do usuário ou dependente de drogas ou das pessoas com as quais convive.

§ 2º (VETADO).

§ 3º O PIA deverá contemplar a participação dos familiares ou responsáveis, os quais têm o dever de contribuir com o processo, sendo esses, no caso de crianças e adolescentes, passíveis de responsabilização civil, administrativa e criminal, nos termos da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente.

§ 4º O PIA será inicialmente elaborado sob a responsabilidade da equipe técnica do primeiro projeto terapêutico que atender o usuário ou dependente de drogas e será atualizado ao longo das diversas fases do atendimento.

§ 5º Constarão do plano individual, no mínimo:

I - os resultados da avaliação multidisciplinar;

Além disso, a Lei de Drogas estabelece, atualmente, no seu artigo 23-A, que o “tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde”. Além disso, prioriza o tratamento ambulatorial e especifica que a internação deve ser realizada somente de maneira excepcional, assim como somente permite internações em “unidades de saúde e hospitais gerais”. A lei reafirma, em seu parágrafo, essa previsão, estabelecendo que:

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

Na sequência, a Lei de Drogas passou a prever dois tipos de internação: voluntária e involuntária. Quanto à internação voluntária, repete a previsão da Lei nº 10.216/2001. Porém, em relação à internação involuntária, traz o detalhamento de que é aquela realizada sem o consentimento da pessoa a ser internada e a pedido de outra pessoa.

A Lei nº 10.216/2001 trazia o termo “terceiro”, sem detalhar quem poderia solicitar a internação. Agora, a Lei de Drogas especifica, no seu âmbito, quem pode realizar tal pedido: familiar ou responsável legal. Esclarece, ainda, que, na absoluta falta destes, pode ser solicitada por “*servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública*”. Na sequência, define-se ainda que, no caso da internação involuntária, a decisão é tomada pelo médico responsável e deverá avaliar “o tipo de droga utilizada, o padrão de uso e [n]a hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde”. Finalmente, resta previsto que perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação e nunca poderá exceder 90 dias, assim como poderá ter seu encerramento solicitado pela família ou representante legal.

Cumprir destacar, ainda, que a Lei de Drogas amplia a necessidade de comunicação: todos os tipos de internação (voluntária e involuntária) devem ser comunicadas para o Ministério Público e para a Defensoria Pública, por meio de sistema informatizado.

Já tratando especificamente do objeto do presente parecer, é importante ressaltar que a Lei de Drogas proíbe expressamente a internação, em qualquer modalidade, em comunidades terapêuticas:

II - os objetivos declarados pelo atendido;

III - a previsão de suas atividades de integração social ou capacitação profissional;

IV - atividades de integração e apoio à família;

V - formas de participação da família para efetivo cumprimento do plano individual;

VI - designação do projeto terapêutico mais adequado para o cumprimento do previsto no plano; e

VII - as medidas específicas de atenção à saúde do atendido.

§ 6º O PIA será elaborado no prazo de até 30 (trinta) dias da data do ingresso no atendimento.

§ 7º As informações produzidas na avaliação e as registradas no plano individual de atendimento são consideradas sigilosas.

§ 9º É vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras.

A seção seguinte da lei fala em acolhimento das pessoas usuárias de drogas em comunidades terapêuticas, fixando suas características a partir do artigo 26-A da Lei de Drogas²¹. Nesse diapasão, verifica-se que as comunidades terapêuticas não são locais para realização de internação, em nenhuma modalidade, por expressa vedação legal. A legislação estabelece, inicialmente, que as internações são excepcionais e só podem ser realizadas em unidades de saúde ou estabelecimentos hospitalares; na sequência veda expressamente qualquer internação em comunidade terapêutica, mesmo voluntariamente.

Antes mesmo da recente alteração da Lei de Drogas, a realização de inspeções rotineiras já identificava a incompatibilidade entre comunidades terapêuticas e acolhimento de crianças e adolescentes. Nesse sentido, a análise apresentada no relatório da Inspeção Nacional é bastante interessante:

A internação desse grupo populacional nesse tipo de estabelecimento – que vem acontecendo sob auspícios do Poder Judiciário – só ocorre sob a alegação de falta de opções de cuidado, porém, engendra uma série de outras violações de direitos, em especial do acesso à educação, conforme veremos abaixo. [...]

Além disso, as instituições visitadas não atendem às mínimas obrigações estabelecidas no art. 94 do ECA: não observam garantias e direitos de adolescentes; não oferecem atendimento personalizado; não diligenciam pelo reestabelecimento e preservação de vínculos familiares; nem sempre oferecem instalações físicas adequadas; não proporcionam escolarização e profissionalização, tampouco atividades culturais, esportivas e de lazer, entre outros. [...]

Essas situações colocam, irregularmente, as comunidades terapêuticas como prestadoras de serviços ao sistema de proteção à criança e ao adolescente, sob a justificativa da falta de outros espaços de tratamento. Isso ocorre, porém, sem que esses locais atendam a critérios mínimos já esta-

21 I - oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência;

II - adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas;

III - ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal, vocacionada para acolhimento ao usuário ou dependente de drogas em vulnerabilidade social;

IV - avaliação médica prévia;

V - elaboração de plano individual de atendimento na forma do art. 23-B desta Lei; e

VI - vedação de isolamento físico do usuário ou dependente de drogas.

§ 1º Não são elegíveis para o acolhimento as pessoas com comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave que mereçam atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência, caso em que deverão ser encaminhadas à rede de saúde.

belecidos pelo ECA ou que sejam instituições de cuidado em saúde, e sem que a sociedade esteja informada sobre as práticas que estão sendo referendadas pela justiça e custeadas com recursos públicos.

A prática aponta, por fim, também para a fragilidade dos mecanismos de fiscalização das comunidades terapêuticas e dos direitos das crianças e dos adolescentes, posto que algumas das CTs inspecionadas já haviam sido objeto de vistoria pelo poder público sem que fossem identificadas violações ou tomadas providências cabíveis. [...]

O ECA define, em seu art. 60, ser proibido qualquer trabalho a menores de 14 anos de idade, salvo na condição de aprendiz que, por sua vez, se caracteriza como atividade de formação técnico-profissional.²²

Assim, considerando que comunidades terapêuticas passam a ter seu papel estabelecido pela legislação unicamente para o acolhimento e não para a internação, o acolhimento de crianças e adolescentes necessariamente precisa ser interpretado em conjunto com o **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. O ECA estabelece a aplicação de medidas de proteção sempre que seus direitos forem ameaçados ou violados (art. 98) e, em seu artigo 101, lista, em rol não exaustivo, as medidas de proteção que podem ser aplicadas pela "autoridade competente", destacando-se:

- V - requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;
- VI - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;
- VII - acolhimento institucional;
- VIII - inclusão em programa de acolhimento familiar;
- IX - colocação em família substituta.

Deste modo, enquanto o tratamento em saúde mental (previsto no inciso V) e o tratamento para drogadição (previsto no inciso VI) podem, em geral, ser considerados medidas de proteção aplicáveis pelo Conselho Tutelar, as modalidades de acolhimento – como a comunidade terapêutica – têm sua aplicação restrita à autoridade judiciária. O próprio Estatuto prevê que se trata de "*medidas provisórias e excepcionais, utilizáveis como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade*" (§ 1º). Na sequência, a legislação estabelece que para o acolhimento de crianças e adolescentes há a necessidade de deflagração de procedimento judicial contencioso (§ 2º), sendo que o encaminhamento somente poderá ocorrer mediante expedição, pela autoridade judiciária, de Guia de Acolhimento (§ 3º).

22 Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; 2018.

Assim, também por expressa previsão legal, o acolhimento de crianças e adolescentes somente pode ocorrer em casos de violações de seus direitos, devendo ser executado por entidade devidamente cadastrada para este fim e que realize ações visando à reintegração familiar (§ 4º). A competência exclusiva da autoridade judiciária é reforçada inclusive nos casos de acolhimento emergencial, como previsto no artigo 93 e seu parágrafo único, sendo que o Juiz da Infância e da Juventude deve ser comunicado acerca do fato em até 24 (vinte e quatro) horas, ouvindo, na sequência, o Ministério Público e, se necessário, contando com o apoio do Conselho Tutelar local. Por essa razão, comparando a atual redação da Lei de Drogas com o Estatuto da Criança e do Adolescente, tem-se que o sistema especializado de garantia de direitos já prevê entidades especializadas em acolhimento de crianças e adolescentes, não sendo possível recorrer às comunidades terapêuticas, por expressa vedação da legislação estatutária.

O ECA estabelece que as entidades de atendimento são responsáveis pelo planejamento e execução de programas de proteção e socioeducativos destinados a crianças e adolescentes, em regime de acolhimento institucional (artigo 90, inciso IV), devendo as entidades não-governamentais serem registradas no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Tal registro terá validade máxima de 4 (quatro) anos, cabendo ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, periodicamente, reavaliar o cabimento de sua renovação, considerando os seguintes critérios (Art. 91, §§ 1º e 2º):

- a) não ofereça instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança;
- b) não apresente plano de trabalho compatível com os princípios desta Lei;
- c) esteja irregularmente constituída;
- d) tenha em seus quadros pessoas inidôneas; e
- e) não se adequar ou deixar de cumprir as resoluções e deliberações relativas à modalidade de atendimento prestado expedidas pelos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, em todos os níveis.

Além da inscrição da entidade, os programas de atendimento devem ser inscritos no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, com especificação dos regimes de atendimento (§ 1º). Tais programas são reavaliados, neste caso, no máximo a cada dois anos, com base nos seguintes critérios:

Artigo 90, § 3º:

- I - o efetivo respeito às regras e princípios desta Lei, bem como às resoluções relativas à modalidade de atendimento prestado expedidas pelos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, em todos os níveis;
- II - a qualidade e eficiência do trabalho desenvolvido, atestadas pelo Conselho Tutelar, pelo Ministério Público e pela Justiça da Infância e da Juven-

tude;

III - em se tratando de programas de acolhimento institucional ou familiar, serão considerados os índices de sucesso na reintegração familiar ou de adaptação à família substituta, conforme o caso.

Além disso, as entidades que desenvolvam programas de acolhimento familiar ou institucional deverão adotar os seguintes princípios (artigo 92):

- I - preservação dos vínculos familiares e promoção da reintegração familiar;
- II - integração em família substituta, quando esgotados os recursos de manutenção na família natural ou extensa;
- III - atendimento personalizado e em pequenos grupos;
- IV - desenvolvimento de atividades em regime de co-educação;
- V - não desmembramento de grupos de irmãos;
- VI - evitar, sempre que possível, a transferência para outras entidades de crianças e adolescentes abrigados;
- VII - participação na vida da comunidade local;
- VIII - preparação gradativa para o desligamento;
- IX - participação de pessoas da comunidade no processo educativo.

Em seguida, as seguintes obrigações também são previstas para tais entidades, conforme o artigo 94:

- I - observar os direitos e garantias de que são titulares os adolescentes;
[...]
- III - oferecer atendimento personalizado, em pequenas unidades e grupos reduzidos;
- IV - preservar a identidade e oferecer ambiente de respeito e dignidade ao adolescente;
- V - diligenciar no sentido do restabelecimento e da preservação dos vínculos familiares;
- VI - comunicar à autoridade judiciária, periodicamente, os casos em que se mostre inviável ou impossível o reatamento dos vínculos familiares;
- VII - oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança e os objetos necessários à higiene pessoal;
- VIII - oferecer vestuário e alimentação suficientes e adequados à faixa etária dos adolescentes atendidos;
- IX - oferecer cuidados médicos, psicológicos, odontológicos e farmacêuticos;
- X - propiciar escolarização e profissionalização;
- XI - propiciar atividades culturais, esportivas e de lazer;

XII - propiciar assistência religiosa àqueles que desejarem, de acordo com suas crenças;

XIII - proceder a estudo social e pessoal de cada caso; [...]

XVI - comunicar às autoridades competentes todos os casos de adolescentes portadores de moléstias infecto-contagiosas;

XVII - fornecer comprovante de depósito dos pertences dos adolescentes;

XVIII - manter programas destinados ao apoio e acompanhamento de egressos;

XIX - providenciar os documentos necessários ao exercício da cidadania àqueles que não os tiverem;

XX - manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do adolescente, seus pais ou responsável, parentes, endereços, sexo, idade, acompanhamento da sua formação, relação de seus pertences e demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento.

Por fim, a legislação estatutária também prevê que o dirigente de entidade que desenvolve programa de acolhimento institucional é equiparado ao guardião, para todos os efeitos de direito, podendo ser destituído e ter apurada sua responsabilidade administrativa, civil e criminal caso descumpra as disposições do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Nessa toada, é clara a impossibilidade de acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas – sendo, atualmente, flagrantemente ilegal.

2. Sem prejuízo dessa conclusão, cabe analisar a legislação estadual, verificando-se que a **Constituição do Estado de São Paulo** prevê, como obrigação estatal, o funcionamento de unidades terapêuticas para recuperação de usuários de substâncias que geram dependência física ou psíquica, resguardado o direito de livre adesão dos pacientes, salvo ordem judicial. Tal obrigação é repetida no **Código de Saúde do Estado** (art. 32, I), sendo que, nesse mesmo diploma normativo, existe, ainda, uma seção específica sobre saúde mental, com importantes dispositivos para a defesa das pessoas com transtorno mental, inclusive aqueles decorrentes do uso de substâncias:

Seção III - Da Saúde Mental

Artigo 33 - No tocante à saúde mental, o SUS, estadual e municipal, empreenderá a substituição gradativa do procedimento de internação hospitalar pela adoção e o desenvolvimento de ações predominantemente extra-hospitalares, na forma de programas de apoio à desospitalização que darão ênfase à organização e manutenção de redes de serviços e cuidados assistenciais destinada a acolher os pacientes em seu retorno ao convívio social, observados, ainda, os seguintes princípios:

I - Desenvolvimento, em articulação com os órgãos e entidades, públicas e privadas, da área de assistência e promoção social, de ações e serviços de recuperação da saúde de pessoas acometidas de transtorno mental e sua reinserção na família e na sociedade;

II - A atenção aos problemas de saúde mental, em especial os referentes à psiquiatria infantil e à psicogeriatría, se realizará, basicamente, no âmbito comunitário, mediante assistência ambulatorial, assistência domiciliar e internação de tempo parcial, de modo a evitar ou a reduzir, ao máximo possível, a internação hospitalar duradoura ou de tempo integral;

III - Toda pessoa acometida de transtorno mental terá direito a tratamento em ambiente o menos restritivo possível, o qual só será administrado depois de o paciente estar informado sobre o diagnóstico e os procedimentos terapêuticos, e expressar seu consentimento;

IV - A internação psiquiátrica será utilizada como último recurso terapêutico, e objetivará a mais breve recuperação do paciente;

V - Quando necessária a internação de pessoa acometida de transtorno mental, esta se dará, preferentemente, em hospitais gerais; e

VI - A vigilância dos direitos indisponíveis dos indivíduos assistidos será realizada de forma articulada pela autoridade sanitária local e pelo Ministério Público, especialmente na vigência de internação psiquiátrica involuntária.

É importante, ainda, destacar que há uma lei específica sobre reforma psiquiátrica no Estado de São Paulo (Lei nº 12.060, de 26/09/2005):

Artigo 1º - No âmbito do Sistema Único de Saúde, o procedimento de internação hospitalar psiquiátrica será gradativamente substituído por ações de saúde mental extra-hospitalares, de conformidade com o Código de Saúde do Estado, artigo 33 da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995.

§ 1º - O procedimento de internação hospitalar psiquiátrica será utilizado como último recurso terapêutico e objetivará a mais breve recuperação da pessoa acometida de transtorno mental.

§ 2º - Quando necessária, a internação hospitalar psiquiátrica dar-se-á, preferencialmente, em leitos hospitalares especializados em Saúde Mental, em Hospitais Gerais.

Artigo 2º - Os Hospitais Gerais que integram o Sistema Único de Saúde deverão providenciar em 3 (três) anos, a contar da publicação desta lei, a implantação de leitos psiquiátricos junto aos leitos de outras especialidades.

Artigo 3º - Os Hospitais Gerais em construção e aqueles que vierem a ser construídos no Estado para integrar o Sistema Único de Saúde deverão

acatar o estabelecido no artigo 2º desta lei, adequando-se estrutural e fisicamente à instalação da unidade ou Enfermaria de Saúde Mental.

Parágrafo único - A adequação prevista no "caput" deste artigo contará com o apoio do Departamento Técnico de Edificações da Secretaria da Saúde para a necessária planificação.

Artigo 4º - O Poder Executivo poderá subvencionar órgãos públicos municipais e entidades filantrópicas que mantêm convênio com o Sistema Único de Saúde para que, através de projeto específico, implantem nos Hospitais Municipais e nos Filantrópicos o estabelecido nesta lei.

Não há, assim, qualquer dispositivo na legislação estadual que preveja a internação ou o acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas, motivo pelo qual deve-se referir às normais federais já mencionadas.

3. Para além das normas legais, no âmbito sanitário, outros instrumentos normativos infralegais são comumente utilizados para a regulação dos serviços e ações em saúde – como portarias e resoluções. É importante apontar que havia uma ampla regulação em saúde mental dispersa em portarias do Ministério da Saúde (inclusive, algumas são anteriores à Lei 10.216), traçando um importante panorama de regulação do sistema de saúde. Visando compilar as diversas normativas, em outubro de 2017, por meio do projeto "Saúde Legis", foi publicada uma consolidação de normas do SUS em seis portarias, publicadas no Diário Oficial de 03 de outubro de 2017.

Nesse aspecto, a consolidação realizada aponta a política de saúde mental como uma política geral de promoção, proteção e recuperação da saúde, instituída pela Lei nº 10.216/200123- o conteúdo da Política Nacional de Saúde Mental está apresentada no Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, a qual reuniu diversas portarias editadas sobre atenção à saúde mental. Esse anexo V é oriundo da Portaria MS/GM 3088/2011 e estabelece quais são os pontos de atenção da RAPS, dividindo-a nos seguintes componentes: atenção básica; atenção psicossocial (ou especializada); atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; e estratégia de reabilitação social.

A Portaria MS/GM 3588/2017, em dezembro de 2017, alterou a política nacional de saúde mental, inserindo mudanças nos componentes atenção psicossocial e atenção hospitalar. Essas alterações foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite, que estabeleceu os componentes da RAPS (*com alguns equívocos ou omissões*) e previu o fortalecimento da parceria e do apoio intersetorial entre diversos Ministérios em relação

23 Apesar da tentativa de consolidação, a Portaria de Consolidação nº 2, por exemplo, dispõe que a política de saúde mental está regulada em seu anexo II. Porém, tal anexo apresenta somente as portarias nº 1608/2004 e 3796/2010, que instituíram, respectivamente, o Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e da Juventude e o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental.

às comunidades terapêuticas (Resolução nº 32, de 14/12/2017). Já em março de 2018, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas aprovou diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas, com atualização da posição do governo brasileiro junto aos fóruns e organismos internacionais, alteração dos documentos legais de orientação da política nacional e revisão da própria política nacional instituída pelo Decreto nº 4345/2002. No âmbito das ações, programas e projetos, foi definido que deveria ser promovida a ampliação e reorganização da rede de cuidados, acolhimento e suporte sociais, voltadas para a prevenção e mobilização social, promoção da saúde, promoção da abstinência, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e danos decorrentes.

Dentro desse cenário, deve-se recordar que as comunidades terapêuticas já ocupavam, ao lado das unidades de acolhimento²⁴, diferentes pontos de atenção do componente “atenção residencial de caráter transitório” e ganham destaque com as alterações realizadas no último trimestre de 2017. Referidos serviços de atenção em regime residencial, que são o gênero no qual se incluem as comunidades terapêuticas, visam oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório, para as pessoas com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A política nacional de atenção básica e a RAPS preveem a existência de equipe de apoio aos serviços do componente “Atenção Residencial de Caráter Transitório”, a qual deve coordenar o cuidado e prestar serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede.

Considerando a normativa do Ministério da Saúde, esses serviços de atenção residencial devem se articular aos CAPS, que são responsáveis pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante esse período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado após a saída, devendo promover a reinserção do usuário na comunidade. É estabelecido um prazo máximo de nove meses de acolhimento, restringindo-o expressamente a adultos^{25, 26}.

24 A unidade de acolhimento é um espaço residencial de cuidados contínuos de saúde com funcionamento ininterrupto, voltado para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras. Seu objetivo é atender pessoas com acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar, que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, por até seis meses, mediante definição da equipe do CAPS de referência.

25 Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017. Anexo V. Art. 9º, inciso II.

26 Cabe registrar que a última Portaria de Consolidação, que trata do financiamento, traz um anexo específico sobre o custeio de “Serviços de Atenção em Regime Residencial, Incluídas as Comunidades Terapêuticas, Voltados para Pessoas com Necessidades Decorrentes do Uso de Álcool, Crack e Outras Drogas”. Contudo, tal documento não trata somente de financiamento, mas esclarece o conceito de Serviços de Atenção em Regime Residencial, estabelecendo as comunidades terapêuticas como espécie de tal gênero e submetida às disposições previstas na normativa infralegal. Desse modo, caso receba recurso federal, as comunidades terapêuticas devem obedecer aos requisitos aqui estabelecidos.

Na sequência, o texto dessa portaria prevê o número máximo de residentes em entidades financiadas e um limite de entidades financiadas por entes federados (sendo obrigatório que a região de saúde possua, ao menos, um CAPS). Além disso, são estabelecidas diretrizes para os projetos técnicos e requisitos para o funcionamento.

A portaria condiciona o ingresso à avaliação prévia do CAPS de referência (ou avaliação conjunta da equipe da atenção básica com o CAPS) e ao consentimento expresso do usuário, após esclarecimento sobre o modo de funcionamento do serviço e seus objetivos, assim como avaliação do risco de complicações clínicas diretas e indiretas. O CAPS de referência permanece responsável pela gestão do cuidado e do Projeto Terapêutico Singular, o qual deve ser desenvolvido na entidade com o acompanhamento, pelo menos, do CAPS e da equipe da atenção básica. O contato pela equipe técnica do CAPS deve ser feito, no mínimo, quinzenalmente, seja por meio de atendimento no próprio CAPS ou visita à entidade. O primeiro contato deve ser feito em até dois dias, sendo também mantido o acompanhamento da família, no mínimo, mensalmente (seja domiciliar ou no próprio CAPS). O contato com a equipe também deve ser, pelo menos, quinzenal, por meio de reuniões conjuntas, e todos esses procedimentos devem

Ainda dentro do cenário normativa sobre as comunidades terapêuticas, vale observar que o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas estabeleceu, em 19 de agosto de 2015, uma resolução a fim de regulamentar o atendimento prestado por comunidades terapêuticas, já o definindo como acolhimento e que deve ser realizado voluntariamente (resolução CONAD 01/2015). Apesar da grande polêmica gerada por esta normativa, com diversas manifestações e posicionamentos, fato é que a existência de uma normativa pode ser mais protetiva aos direitos dos usuários do que nenhuma normativa. Apesar de a Resolução ter sido judicializada (ação civil pública nº 0014992-18.2016.4.03.6100, na Justiça Federal de São Paulo e no Tribunal Regional Federal da 3ª Região), diversos dispositivos ali contidos foram abarcados pela Lei de Drogas em sua recente alteração.

A resolução CONAD 01/2015 já previa que as entidades não são consideradas estabelecimentos de saúde e integram o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), devendo respeitar o disposto na Resolução RDC ANVISA nº 29/2011, a Lei nº 10.216/2001, o Decreto Federal nº 7.179/2010 e a Portaria MS/GM 3088/2011. Previu, ainda, que o acolhimento não se confunde com os serviços e programas integrantes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)²⁷.

Por último, mas não menos importante, outra normativa a orientar as atividades é exatamente a regulamentação existente no âmbito da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da **Resolução de Diretoria Colegiada nº 29, de 30 de junho de 2011, ou somente RDC 29/2011**, que trata especificamente dos “requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”²⁸.

estar registrados em prontuário. Finalmente, a saída também é programada conjuntamente, podendo o usuário interromper a qualquer momento a sua permanência no serviço de atenção em regime domiciliar, sendo informado das consequências clínicas da saída antecipada. Já a entidade também pode interromper a permanência do usuário a qualquer tempo, desde que fundada em critérios técnicos e com a concordância da equipe técnica do CAPS de referência.

27 Um importante avanço da normativa é a necessidade de comunicação do acolhimento ao estabelecimento de saúde e aos equipamentos de proteção social do território da entidade, no prazo de até cinco dias, assim como de seu encerramento. Além disso, as entidades devem permitir a visita de familiares, bem como o acesso aos meios de comunicação que permitam contato com familiares. No âmbito dessa resolução, restou estabelecido que o acolhimento não poderá exceder o limite de doze meses no período de vinte e quatro meses.

Ficou previsto ainda que não poderiam praticar ou permitir ações de contenção física ou medicamentosa, isolamento ou restrição à liberdade da pessoa acolhida. Na sequência, foi proibida a utilização de benefício ou renda própria dos acolhidos pela comunidade e vedadas as ações em vias públicas, que não podem ser consideradas atividade de capacitação ou prática inclusiva. Dentre os direitos das pessoas acolhidas, destaca-se o direito de interromper o acolhimento a qualquer momento. Finalmente, a resolução dispõe sobre a proibição de acolhimento de crianças (artigo 10), o acolhimento de mãe acompanhada de seu filho (artigo 17) e aponta para futura regulamentação do acolhimento de adolescentes (artigo 10, parágrafo único, e 2º das disposições transitórias), não realizada até o momento.

28 A resolução estabelece as exigências que as instituições devem atender, como:

- licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local,
- documento atualizado que descreva suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais.
- responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação.
- profissional que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim.
- ficha individual de cada residente, em que se registre periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas observadas (a resolução prevê que as informações constantes nas fichas individuais devem permanecer acessíveis ao residente e aos seus responsáveis, e traz itens que devem ser contemplados, como horário do despertar; atividade física

Em que pese essa norma não mencionar diretamente o nome “comunidade terapêutica”, uma Nota Técnica publicada pela Anvisa em 2013 foi categórica em usar a expressão comunidades terapêuticas para se referir a essas instituições, além de dirimir dúvidas sobre responsável técnico (nível superior legalmente habilitado e com formação em qualquer área), gestão de pessoal (recursos humanos em período integral) e processo de admissão (requerendo avaliação por instituições da rede de saúde). É importante salientar que, conforme prevê a própria resolução, o descumprimento das suas disposições constitui infração sanitária, nos termos da Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977²⁹.

e desportiva; atividade lúdico-terapêutica variada; atendimento em grupo e individual; atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas; atividade que promova o desenvolvimento interior; registro de atendimento médico, quando houver; atendimento em grupo coordenado por membro da equipe; participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros; atividades de estudos para alfabetização e profissionalização; atendimento à família durante o período de tratamento; tempo previsto de permanência do residente na instituição; e atividades visando à reinserção social do residente). - mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de SPA, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde.

Na sequência, a resolução menciona que devem ser mantidos recursos humanos em período integral, com registro das ações de capacitação à equipe. Além disso, é estabelecido que as instalações prediais devem estar regularizadas perante o Poder Público local, sendo mantidas em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, assim como garantida a qualidade da água para o seu funcionamento, caso não disponham de abastecimento público.

Há dois capítulos muito relevantes na normativa da ANVISA, que tratam, especificamente, da estrutura física e do processo assistencial. No que se refere à estrutura física, é previsto que as instituições possuam determinados tipos de ambientes acessíveis e todas as portas dos ambientes de uso dos residentes devem ser instaladas com travamento simples, sem o uso de tranças ou chaves. Já no âmbito assistencial, é prevista a prévia avaliação diagnóstica, que deve constar na ficha do residente, sendo vedada a admissão de pessoas cuja situação requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição. Além disso, o responsável técnico da instituição fica responsável pelos medicamentos em uso pelos residentes e é vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica. Fica, ainda, estabelecido que as instituições devem explicitar em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do residente na instituição, devendo ser garantido no processo de admissão do residente (artigo 19):

I - respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;

II - orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial;

III - a permanência voluntária;

IV - a possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico;

V - o sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato; e

VI - a divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição somente se ocorrer previamente autorização, por escrito, pela pessoa ou seu responsável.

Por fim, a normativa sanitária prevê as obrigações da instituição com os direitos dos residentes, como o cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de substâncias e de violência; a observância do direito à cidadania do residente; alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados; a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais; e a manutenção de tratamento de saúde do residente. A instituição também deve estabelecer critérios prévios claros acerca de alta terapêutica, desistência (alta a pedido), desligamento (alta administrativa), desligamento por ordem judicial, e evasão (fuga), sendo todas as ocorrências registradas na ficha individual do residente e comunicada à família ou responsável.

29 Em paralelo, e que pode ser considerada aplicável em conjunto com a Resolução ANVISA e com as portarias do Ministério da Saúde ou a Resolução CONAD (de acordo com a caracterização da comunidade terapêutica), são as normativas dos conselhos profissionais, como a Resolução CFM nº 2.056/2013, do Conselho Federal de Medicina. Essa normativa foi reiterada em parecer específico do órgão regulador:

Os médicos, notadamente os psiquiatras, devem obedecer às Leis nºs 10.216/01, 12.842/13 e ao disposto nas Resoluções CFM nºs 2.056 e 2.057, de novembro de 2013, que estabelecem as regras para o atendimento em ambientes médicos seguros para a assistência aos doentes mentais, dentre eles os dependentes químicos. As Comunidades Terapêuticas, conforme definição da RDC Anvisa nº 29/11, não são consideradas ambiente médico, portanto não podem se inscrever nos Conselhos Regionais de Medicina, nem ser consideradas seguras para as internações involuntárias e compulsórias, vetando aos médicos a prescrição de sua indicação para o tratamento dos doentes mentais. (Parecer CFM nº 9/15)

Essa também é a orientação estabelecida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, em consultas sobre o tema:

A admissão involuntária nas CTs se torna uma ameaça aos direitos humanos na medida em que não há uma avaliação médica prévia que justifique essa modalidade de “internação”, conforme regula a Lei 10.216/2001, 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”. (PARECER 49917/2013 CREMESP)

Por se tratarem de equipamento para reabilitação psicossocial do dependente químico, devem ter já ultrapassado os agravos clínicos de fase aguda da dependência química; As Comunidades terapêuticas não têm estrutura física e de recursos humanos su-

Já no âmbito estadual, considerando que as normas legais não trazem qualquer dispositivo sobre acolhimento de crianças e adolescentes em unidades comunitárias, é relevante destacar a recente **deliberação da Comissão Intergestores Bipartite** sobre Internação em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes no Estado de São Paulo (Deliberação nº 118, de 21-12-2018, publicada DOE – nº 239 – 22/12/18 - seção 1 – p.72):

NOTA TÉCNICA CIB

INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO ESTADO DE SÃO PAULO

A fim de garantir a melhoria do acesso para crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais e/ou transtornos decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, que necessitem de atendimento em regime de internação, conforme indicação confirmada por laudo médico recomenda-se observar os termos contidos na Lei 10.216 de 2001 e na Portaria MS/GM nº 3588 de 2017:

1. Crianças até 12 anos e 11 meses, ou de acordo com o limite de idade de cada enfermaria, com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas deverão sempre ser internadas em leitos nas enfermarias pediátricas em hospitais gerais que possuam retaguarda de psiquiatria.
2. A internação de adolescentes entre 13 e 18 anos com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas deverá ocorrer em leitos de saúde mental ou psiquiátricos alocados preferencialmente em hospitais gerais.
3. Cada CIR deverá pactuar serviços de referência em hospital geral localizado no próprio território ou na abrangência do DRS. Caso não seja possível, deve-se pactuar a referência no âmbito da RRAS – Rede Regional de Atenção à Saúde.
4. As vagas de internação em Saúde Mental Álcool e Outras Drogas serão reguladas pela CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde. Os serviços devem disponibilizar as vagas na CROSS.
5. As CIR deverão discutir e pactuar suas referências em hospitais gerais até junho de 2019.
6. A Área Técnica de Saúde Mental deverá disponibilizar listagem de serviços que potencialmente poderiam ofertar esse tipo de atendimento com o intuito de facilitar a pactuação e a negociação com o prestador.
7. Cabe aos gestores de Hospitais Gerais com leitos de Saúde Mental providenciarem os procedimentos necessários, observando os requisitos pre-

ficientemente qualificados para a internação de residentes em fase aguda, pois os mesmos requerem cuidados médicos e psicológicos intensivos próprios dessa fase da doença, tais como monitoramento contínuo e tratamento dos parâmetros físicos e mentais em situações como síndromes de abstinência, quadros psicóticos sem a devida crítica própria do quadro mórbido e outros, conforme designados na última versão do Manual de orientação e funcionamento das Comunidades terapêuticas no Estado de São Paulo, do Conselho Estadual de Políticas sobre drogas do Estado de São Paulo (CONED-SP). (PARECER 46248/2015 CREMESP).

vistos nas portarias vigentes, para a habilitação destes serviços junto ao Ministério da Saúde como Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais, seguindo os fluxos preestabelecidos.

Dentro desse escopo, no âmbito infralegal, também se mostra totalmente descabida a internação ou o acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas, inexistindo qualquer normativa que ampare.

4. Dessa forma, confrontando os diversos diplomas normativos, legais e infralegais, assim como as previsões do Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei de Drogas definiu o panorama normativo no que se refere ao papel das comunidades terapêuticas e à possibilidade de internação ou acolhimento de crianças e adolescentes.

Primeiramente, estabeleceu **que comunidades terapêuticas não realizam nenhum tipo de internação, nem mesmo voluntariamente, tendo finalidade exclusiva de acolhimento.**

Em seguida, previu que **internações somente são realizadas em unidades de saúde, especialmente hospitais.**

Conjugando com a previsão do Estatuto da Criança e do Adolescente, temos que **acolhimento de crianças e adolescentes dependem de ordem judicial e da inscrição prévia das entidades e dos seus programas de atendimento nos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente, existindo, ainda, previsão específica quanto a estrutura física e equipe técnica**³⁰.

Associando às normativas sanitárias, **a internação em saúde mental, inclusive para álcool e outras drogas, de crianças somente pode acontecer em leitos de saúde mental de hospitais gerais, enquanto a internação de adolescentes deve acontecer preferencialmente em leitos de saúde mental de hospital geral.** Nesse sentido específico, cumpre ressaltar que toda internação em saúde mental de crianças e adolescentes é considerada involuntária, considerando a impossibilidade de consentir diante da incapacidade jurídica, e que comunidades terapêuticas são, por definição legal, locais que somente podem aceitar acolhimentos voluntários .

É o parecer que se apresenta³¹.

30 BRASIL. Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução Conjunta nº 1, de 18 de junho de 2009. Aprova o documento Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/cnas/noticias/cnas-e-conanda-orientacoes-tecnicas-servicos-de-acolhimento-para-criancas-e-adolescentes-1>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

31 CREMESP, Consulta nº 6.769/2010: “A internação psiquiátrica de crianças e adolescentes é juridicamente possível, desde que algumas condições especiais sejam respeitadas. É vedada a permanência de crianças e adolescentes em leitos hospitalares psiquiátricos situados na mesma área de abrigamento (quarto, enfermaria ou ala) de adultos, e mesmo a convivência em atividades recreativas ou terapêuticas em ambientes comuns. Porém, quando forem indicadas pelo médico, e devidamente registradas em laudos, como providências úteis ao tratamento em si, sob o ponto de vista do estrito interesse da saúde do paciente (criança e do adolescente), e desde que haja a prévia autorização de quem de direito (do responsável, na internação voluntária ou involuntária, ou do Juiz de Direito, na internação compulsória), poderá haver exceções a essa regra”. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=10208&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Me#anc_integra>. Acesso em: 30 jun. 2019.

ANEXO III: Modelo de Ofício - Unidades em Municípios com Plano de Ação Regional³²

Local, data.

Ofício nº xxx/2019

Excelentíssimo Senhor Prefeito do Município de xxxxx,
Ilustríssimo Senhor Secretário de Saúde do Município de xxxxxxxxx,

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo, criada pela Lei Complementar estadual n.º 988/2006, tem, dentre os seus temas de atuação, o direito à saúde. A partir do VI Ciclo de Conferência da Defensoria Pública³³, o tema particular da saúde mental passou a ser prioritário nas atuações coletivas do órgão, especialmente na forma de apoio e fiscalização da expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Estado.

Em razão dessa atuação, esta Unidade elaborou, a partir de informações relativas ao ano de 2018 fornecidas pela Secretaria Estadual de Saúde, um diagnóstico da infraestrutura de atenção à saúde mental do Município. As informações remetidas pela SES cobriam apenas o número de CAPS e de vagas em residências terapêuticas disponíveis por Município, sem entrar no mérito de outros equipamentos, como as Unidades de Acolhimento ou leitos de saúde mental. Ainda assim, foi possível realizar, a partir deste levantamento, uma comparação da infraestrutura existente em cada Município com os parâmetros legais³⁴ aplicáveis à atenção psicossocial. Concluiu-se, então, que faltam serem implementados no Município de xxxxxxxxxxxx³⁵, no mínimo:

um CAPS AD III, destinado ao atendimento de pessoas com transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; um CAPS III, a modalidade de CAPS indicada para implementação em cidades com mais de 150 mil habitantes, e; um CAPSi, destinado ao atendimento de pacientes crianças ou adolescentes.

Trocar pelo diagnóstico relativo ao Município em questão.

32 Os modelos de ofícios e Ação Civil Pública foram elaborados tomando como modelo o Município de XXXX, considerando que se trata, entre os locais em que a Defensoria Pública está instalada, daquele que tem a pior estrutura de organização da RAPS.

33 "Proposta 1.1: Atuar no fortalecimento da RAPS, principalmente fiscalizando as previsões orçamentárias e sua efetiva aplicação".

34 Pelo art. 7º do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017, os CAPS são subdivididos em tipos a partir da base territorial em que devem ser instalados. No geral, os instrumentos variam em termos de estrutura e recursos humanos disponíveis. As tipologias dividem-se em: (i) CAPS I, para atendimento geral em Municípios entre 15 e 70 mil habitantes; (ii) CAPS II, para atendimento geral em Municípios entre 70 e 150 mil habitantes; (iii) CAPS III, para atendimento geral em Municípios entre 150 e 300 mil habitantes; (iv) CAPS infantil, para atendimento de crianças e adolescentes em Municípios com mais de 70 mil habitantes; (v) CAPS AD, para atendimento específico de pacientes em uso de álcool ou outras drogas, em Municípios com mais de 70 mil habitantes; (vi) CAPS AD III, para atendimento específico de pacientes em uso de álcool ou outras drogas, em Municípios com mais de 150 mil habitantes, e; (vii) CAPS AD IV (previsto, em verdade, na Portaria nº 3.0588/2017 do Ministério da Saúde), para atendimento específico de pacientes em uso de álcool ou outras drogas, em Municípios com mais de 500 mil habitantes e problema específico de uso de drogas.

35 Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-mental-alcool-e-drogas/planos-de-acao-das-raps-aprovadas-em-cib/plano-de-acao-grande-sao-paulo/raps_alto_tiete.pdf>.

Tal diagnóstico, além de colocar em evidência a insuficiência dos serviços de saúde atualmente prestados pela Administração Municipal, evidenciam também o patente descumprimento do Plano de Ação Regional de expansão da RAPS no Município.

Por este Plano³⁶, dentre outras previsões, deveriam ter sido implementados em xxxxxxxx: 2 CAPS II, em 2013 e 2014, com custeio anual de R\$794.070,00 e incentivo financeiro de R\$60.000,00; 1 CAPS AD III, em 2014, com custeio anual de R\$945.600,00 e incentivo financeiro de R\$150.000,00; 1 CAPSi, em 2014, com custeio anual de R\$385.560,00 e incentivo financeiro de R\$30.000,00; 2 Unidades de Acolhimento Adulto, em 2014 e 2015, com custeio anual de R\$600.000,00 e incentivo financeiro de R\$140.000,00; 1 Unidade de Acolhimento Infante Juvenil, em 2015, com custeio anual de R\$360.000,00 e incentivo financeiro de R\$70.000,00; 17 leitos de atenção psicossocial, sem previsão de implementação por ano, com custeio anual de R\$1.144.462,44, e; 3 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), em 2014 e 2015, com custeio anual de R\$360.000,00 e incentivo financeiro de R\$60.000,00.

Inserir, aqui, análise do Plano relativo à Unidade em questão. Mudar, na nota de rodapé nº 3, o link para o Plano em questão. Todos os Planos de Ação Regional podem ser encontrados em:
<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/saude-mental-alcool-e-drogas/plano-de-acao-das-raps-aprovadas-em-cib/>

Não nos foram remetidas informações suficientes para precisar se foram de fato implementadas as Unidades de Acolhimento e os leitos de saúde mental previstos no Plano. Sabe-se, contudo, que **até hoje não foi instalado qualquer CAPS ou SRT em XXXX.**

Fazer comparação com o que de fato existe, segundo os dados da SES.

Em face da identificação desses descumprimentos, utilizando-se das prerrogativas estabelecidas no art. 128, X da Lei Complementar nº 80/1994, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo vem REQUERER de V. Ex^a. e de V. S^a. os seguintes esclarecimentos sobre a atenção à saúde mental no Município de xxxxxxxxxxxxxxx:

1. Quantas são as Unidades de Acolhimento (Adulto e Infante Juvenil) atualmente presentes no Município;

2. **Se quaisquer das previsões trazidas no Plano de Ação Regional foram cumpridas** (e, em caso positivo, quais o foram) e os motivos do **não cumprimento** das demais previsões **(em particular, aquelas relativas à implementação de CAPS, Unidades de Acolhimento e leitos psiquiátricos);**

Manter apenas caso as previsões relativas à implementação de cada um desses equipamentos no Plano de Ação Regional tenham de fato sido descumpridas.

36 Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-mental-alcool-e-drogas/planos-de-acao-das-raps-aprovadas-em-cib/plano-de-acao-grande-sao-paulo/raps_alto_tiete.pdf>.

3. Se foi designado, conforme a exigência do art. 14, II, do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017, um Grupo Condutor Municipal do processo de expansão e gestão da RAPS;

4. Se existem **outros planos de implementação de equipamentos da RAPS no Município**, para além do Plano de Ação Regional (frisando, neste ponto, a determinação do art. 14, I, do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017, de que seja elaborado Plano de Ação Municipal após a pactuação do Plano Regional);

5. Se as instalações de **um CAPS III, um CAPSad III, um CAPSi e três SRTs (bem como de Unidades de Acolhimento, de leitos psiquiátricos, caso já não tenham sido implementados)**

estão **previstas na Lei Orçamentária Anual** e no Plano Plurianual do Município e, em caso positivo, se os respectivos empenhos previstos já foram realizados;

Trocar pelos equipamentos faltantes no Município em questão.

6. Se existem **outros equipamentos**, considerando a

inexistência de CAPS, SRTs e, potencialmente, outros equipamentos da RAPS no local, que atendem a população com problemas de saúde mental no Município e, caso existam, que se esclareça **quais são, quais os serviços oferecidos e qual é a composição da equipe por ele(s) responsável(eis)**;

Trocar por "insuficiência", para Municípios que tenham algum(ns) CAPS, mas que, ainda assim, não atendam aos parâmetros legais.

7. **Quantos são os leitos destinados a pacientes de saúde mental** nos Hospitais Gerais e/ou Hospitais Psiquiátricos atualmente disponíveis a pacientes do Município (incluindo-se, aí, leitos locais e leitos regionais, com a devida distinção);

8. Quais são os **critérios para a internação em leitos psiquiátricos**³⁷ (em Hospital Geral ou Psiquiátrico) e, no caso de leitos regionais, quais são os critérios para encaminhamento do paciente e como se organiza o fluxo a outros Municípios;

9. Qual foi o **número de internações** psiquiátricas (em Hospitais Gerais e Psiquiátricos) e de internações em Comunidades Terapêuticas custeadas pelo Município no último ano e qual foi a **quantia total gasta com elas**;

³⁷ Considerando que o §1º do art. 10 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde determina que o gestor local deve definir critérios para o acesso a leitos em cada região.

10. Se as previsões de despesa trazidas no Plano de Ação Regional:

(i) foram atribuídas como responsabilidade de alguma entidade federativa ou órgão da Administração Pública;

(ii) se eram vinculantes à Administração de alguma forma; (iii) se foram deliberadas conjuntamente com a Câmara Municipal e a Assembleia Legislativa ou se eram apenas previsões unilaterais da quantia necessária à expansão prevista, e;

(iv) se, no ponto específico das previsões de incentivos financeiros, tais incentivos chegaram a ser pactuados ou negociados com a União (considerando que esse tipo de financiamento, no âmbito do SUS, costuma ser modalidade de repasse da União).

Manter o ponto 9 apenas se o Plano de Ação Regional trazer qualquer previsão orçamentária.

Manter o ponto (i) apenas se as previsões do Plano não tiverem sido designadas como responsabilidade de nenhum órgão ou ente.

Manter o ponto (iv) apenas se houver, no Plano, previsão orçamentária especificada como incentivo financeiro (e não como mero custeio ou outras modalidades de despesa)

Solicita-se que a resposta aos questionamentos seja remetida a esta Unidade, no endereço xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, ou no e-mail xxxxxxxx, **dentro do prazo de 15 dias**, em atenção ao art. 8º da Lei nº 7.347/1985.

Finalmente, além e independentemente da resposta aos questionamentos, solicita-se também o **contato com esta Unidade**, no e-mail supramencionado ou por telefone (xx xxxx-xxxx), **para agendamento de reunião sobre o estado da atenção à saúde mental e da RAPS no Município de xxxxxxxxxxxx.**

Aproveitamos do presente para renovar nossos votos de mais alta estima e consideração.

xxxxxxxxxxxxxxxx

Defensor Público do Estado de São Paulo

Unidade de xxxxxxxxxxxx

Ao Excelentíssimo Senhor Prefeito do Município de xxxxxxxxxxxx

ENDEREÇO

Ao Ilustríssimo Senhor Secretário de Saúde do Município de xxxxxxxxxxxx

ENDEREÇO

ANEXO IV: Modelo de Ofício - Unidades em Municípios sem Plano de Ação Regional

Local, data.

Ofício nº xxx/2019

Excelentíssimo Senhor Prefeito do Município de xxxxxxxxx,
Ilustríssimo Senhor Secretário de Saúde do Município de xx,

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo, criada pela Lei Complementar estadual n.º 988/2006, tem, dentre os seus temas de atuação, o direito à saúde. A partir do VI Ciclo de Conferência da Defensoria Pública³⁸, o tema particular da saúde mental passou a ser prioritário nas atuações coletivas do órgão, especialmente na forma de apoio e fiscalização da expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Estado.

Em razão dessa atuação, esta Unidade elaborou, a partir de informações relativas ao ano de 2018 fornecidas pela Secretaria Estadual de Saúde, um diagnóstico da infraestrutura de atenção à saúde mental do Município. As informações remetidas pela SES cobriam apenas o número de CAPS e de vagas em residências terapêuticas disponíveis por Município, sem entrar no mérito de outros equipamentos, como as Unidades de Acolhimento ou leitos de saúde mental. Ainda assim, foi possível realizar, a partir deste levantamento, uma comparação da infraestrutura existente em cada Município com os parâmetros legais aplicáveis à³⁹ atenção psicossocial. Concluiu-se, então, que faltam serem implementados no Município de xxxxxxxx, no mínimo⁴⁰:

um CAPS AD III, destinado ao atendimento de pessoas com transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; um CAPS III, a modalidade de CAPS indicada para implementação em cidades com mais de 150 mil habitantes, e; um CAPSi, destinado ao atendimento de pacientes crianças ou adolescentes.

Trocar pelo diagnóstico relativo ao Município em questão.

Tal diagnóstico, além de colocar em evidência a **inexistência dos serviços de saúde atualmente prestados pela Administração Municipal**, evidenciam também o **patente descumprimento**

Ou "insuficiência"

38 "Proposta 1.1: Atuar no fortalecimento da RAPS, principalmente fiscalizando as previsões orçamentárias e sua efetiva aplicação".

39 Pelo art. 7º do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017, os CAPS são subdivididos em tipos a partir da base territorial em que devem ser instalados. No geral, os instrumentos variam em termos de estrutura e recursos humanos disponíveis. As tipologias dividem-se em: (i) CAPS I, para atendimento geral em Municípios entre 15 e 70 mil habitantes; (ii) CAPS II, para atendimento geral em Municípios entre 70 e 150 mil habitantes; (iii) CAPS III, para atendimento geral em Municípios entre 150 e 300 mil habitantes; (iv) CAPS infantil, para atendimento de crianças e adolescentes em Municípios com mais de 70 mil habitantes; (v) CAPS AD, para atendimento específico de pacientes em uso de álcool ou outras drogas, em Municípios com mais de 70 mil habitantes; (vi) CAPS AD III, para atendimento específico de pacientes em uso de álcool ou outras drogas, em Municípios com mais de 150 mil habitantes, e; (vii) CAPS AD IV (previsto, em verdade, na Portaria nº 3.0588/2017 do Ministério da Saúde), para atendimento específico de pacientes em uso de álcool ou outras drogas, em Municípios com mais de 500 mil habitantes e problema específico de uso de drogas.

40 Note-se, neste ponto, que os dados relativos às vagas em residências terapêuticas não foram inseridos no diagnóstico pois a legislação de saúde mental não estabelece uma infraestrutura mínima por contingente populacional – diferentemente do que ocorre com os CAPS.

do Plano de Expansão Estadual da RAPS (Deliberação CIB nº 87/2012) **pelo Município**. Explica-se.

Em 2012, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado de São Paulo aprovou um Termo de Referência para expansão da RAPS no Estado (Deliberação CIB nº 87/2012). De maneira geral, o documento estabelece que seria designado um Grupo de Condutores Estadual, composto principalmente por representantes estaduais (SES) e municipais (CONASEMS), com participação secundária (na forma de apoio) do Ministério da Saúde, para comandar este processo de expansão. A partir desse Grupo Estadual, seriam definidos Grupos Condutores Regionais e Municipais, responsáveis por elaborar os Planos de Ação Regional. É a partir destes planos regionais que se definiria concretamente a infraestrutura a ser implementada em cada Município, a fonte de financiamento para esses equipamentos e os atores responsáveis por conduzir sua implementação.

Conforme a divisão inicial estabelecida a partir do Termo de Referência, deveriam existir 63 Planos de Ação Regional da RAPS para todo o Estado de São Paulo. Até este momento, no entanto, foram aprovados apenas 19 destes planos. Dentre os Planos faltantes, está, justamente, aquele referente ao Município de xxxxxxxxxxxxxxxx.

Em face da identificação dos aludidos descumprimentos à legislação em saúde mental, utilizando-se das prerrogativas estabelecidas no art. 128, X da Lei Complementar nº 80/1994, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo vem REQUERER de V. Ex^a. e de V.S^a. os seguintes esclarecimentos sobre a atenção à saúde mental no Município de xxxxxxxxxxxxxxxx:

1. O **motivo da não pactuação de um Plano de Ação Regional para a expansão da RAPS**, em descumprimento expresso do art. 14, I, c do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde e do item II da Deliberação CIB nº 87/2012;
2. Se, a despeito da falta de Plano de Ação Regional, foram designados, conforme as exigências do art. 14, III, do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 e do item II da Deliberação CIB nº 87/2012, Grupos Condutores Regional e Municipal do processo de expansão e gestão da RAPS;
3. **Se houve implementação de equipamentos da RAPS no Município desde 2011**, ainda que na ausência de um Plano de Ação Regional que orientasse tal implementação;
4. Se existem **outros planos de implementação de equipamentos da RAPS no Município**, para além do Plano de Ação Regional (frisando, neste ponto, a determinação do art. 14, I, do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017, de que seja elaborado Plano de Ação Municipal após

a pactuação do Plano Regional);

5. Se as implementações de **CAPS III, CAPSad III e CAPSi (bem como de Unidades de Acolhimento, de leitos psiquiátricos e de SRTs, caso se constate a insuficiência desses equipamentos)**

Trocar pelos equipamentos faltantes no Município em questão.

estão **previstas na Lei Orçamentária Anual e no Plano Plurianual do Município** e, em caso positivo, se os respectivos empenhos previstos já foram realizados;

6. Se existem **outros equipamentos**, considerando a

inexistência de CAPS, , SRTs e, potencialmente, outros equipamentos da RAPS no local, que atendem a população com problemas de saúde mental no Município e, caso existam, que se esclareça **quais são, quais os serviços oferecidos e qual é a composição da equipe por ele(s) responsável(eis);**

Trocar por "insuficiência", para Municípios que tenham algum(ns) CAPS, mas que, ainda assim, não atendam aos parâmetros legais

7. **Quantos são os leitos destinados a pacientes de saúde mental** nos Hospitais Gerais e/ou Hospitais Psiquiátricos atualmente disponíveis a pacientes do Município (incluindo-se, aí, leitos locais e leitos regionais, com a devida distinção);

8. Quais são os **critérios para a internação em leitos psiquiátricos** (em Hospital Geral ou Psiquiátrico) e, no caso de leitos regionais, quais são os **critérios para encaminhamento** do paciente e como se organiza o fluxo a outros Municípios;

9. Qual foi o **número de internações** psiquiátricas (em Hospitais Gerais e Psiquiátricos) e de internações em Comunidades Terapêuticas custeadas pelo Município no último ano e qual foi a **quantia total gasta com elas.**

Solicita-se que a resposta aos questionamentos seja remetida a esta Unidade, no endereço xxxxxxxxxxxx, ou no e-mail xxxxxxxxxxxx, **dentro do prazo de 15 dias**, em atenção ao art. 8º da Lei nº 7.347/1985.

Finalmente, além e independentemente da resposta aos questionamentos, solicita-se também o **contato com esta Unidade**, no e-mail supramencionado ou por telefone (xx xxxx-xxxx), **para agendamento de reunião sobre o estado da atenção à saúde mental e da RAPS no Município de xxxxxxxxxxxx.**

Aproveitamos do presente para renovar nossos votos de mais alta estima e consideração.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Defensor Público do Estado de São Paulo

Unidade de xxxxxxxxxxxx

Ao Excelentíssimo Senhor Prefeito do Município de xxxxxxxx

ENDEREÇO DA PREFEITURA

Ao Excelentíssimo Senhor Secretário de Saúde do Município de xxxxxxxx

ENDEREÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE

ANEXO V: Modelo de Ação Civil Pública

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ª VARA CÍVEL
DA COMARCA DE XXXXXXXXX/SP**

A **DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO**, pelo Defensor Público que esta subscreve, com endereço funcional na Rua xxxxxxx, xxx, CEP xxxxx-xxx, xxxxxxx/SP, fone (xx) xxxx-xxxx, e com as prerrogativas de intimação pessoal e concessão de prazo em dobro a teor do artigo 128, I, da Lei Complementar nº 80/94 e artigo 186 do Código de Processo Civil, vem à presença de Vossa Excelência, com fundamento nos artigos 5º, caput, inc. XXXV e §1º; 6º, caput, e 196 e seguintes, todos da Constituição da República Federativa do Brasil, combinados com o art. 219 da Constituição Estadual do Estado de São Paulo, artigos 2º, caput e §1º e 7º, inc. II da Lei nº 8.080/1990, artigo 33, caput e inc. II da Lei Complementar Estadual nº 791/1995 e arts. 2º, VIII e IX, 3º, caput e 4º, caput da Lei nº 10.216/2001, propor a presente **AÇÃO CIVIL PÚBLICA, com pedido liminar**, em face da **PREFEITURA MUNICIPAL DE XXXXXXXXX/SP**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 46.316.600/0001-64, com sede no endereço xxxxxxxx, XXXXXX/

SP, fone (xx) xxxx-xxxx, a ser citada na **pessoa do Prefeito Municipal, no endereço epigrafado**, e em face da **FAZENDA PÚBLICA DO**

ESTADO DE SÃO PAULO, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 46.379.400/0001-50, representada pela Procuradora Chefe da Procuradoria Regional da Grande São Paulo (Resolução PGE nº 12/2013), no endereço Rua José Bonifácio, 278, 6º andar, CEP 01003-000, São Paulo/SP, fone (11) 3107-1211, pelos motivos de fato e de direito expostos a seguir:

Ou da Procuradoria, para os Municípios que a tenham

I DA LEGITIMIDADE ATIVA DA DEFENSORIA PÚBLICA

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo tem legitimidade para propor a presente demanda, eis que, além de instituição essencial à função jurisdicional e instrumento do estado democrático de direito, à qual incumbe a defesa dos necessitados (art. 134 da CF/88 e art. 103 da CESP/89), trata-se de órgão da administração pública, pelo qual se concretizam objetivos fundamentais da República. Integram estes objetivos, dentre outros, o de construir uma sociedade livre, justa e solidária, e, mais especificamente, o de erradicar a pobreza e a marginalidade, contribuindo para a redução das desigualdades sociais e regionais (art. 3º, incisos I e III, da CF/88 c/c. art. 3º da Lei Complementar Estadual 988/06).

Dada sua notável importância institucional na promoção da justiça social e, portanto, do interesse público, é cediço que a Defensoria Pública possa atuar na defesa de interesses difusos – ao que serve de instrumento, justamente, a Ação Civil Pública, conforme dispõe a Lei de ACP (art. 1º, IV da Lei nº 7.347/1985). Tanto assim o é que esta mesma Lei reconhece, em seu art. 5º, II, a legitimidade da Defensoria Pública “para propor a ação principal e ação cautelar”.

Esta mera previsão legal justificaria, por si só, a proposição da presente ação pela Defensoria Pública. Cite-se, apenas para complementação, o art. 4º, VII da Lei Complementar nº 80/1994, que estabelece como função institucional da Defensoria a promoção de ACP, e o art. 5º, VI, g da Lei Complementar Estadual nº 988/2006, que, ao instituir a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, reafirma tal função institucional em âmbito estadual.

Inquestionável, pois, a legitimidade da Defensoria Pública para a proposição desta demanda.

II DA LEGITIMIDADE PASSIVA

Pelo art. 23, II da Constituição Federal, a administração da saúde é competência comum de todos os entes federativos. Por mais que a legislação regulamentadora do Sistema Único de Saúde (SUS) especifique a divisão de competências no âmbito desta comunhão, é importante que se tenha em mente a diretriz básica de que todos os entes federativos são responsáveis pela saúde e que podem, portanto, responder por eventuais falhas na estruturação do SUS.

A presente ação trata de uma grave omissão da Administração Pública na implementação de equipamentos de saúde mental no Município de XXXXXX, contrariando a legislação que trata do assunto. Em razão da natureza da ação, optou-se pela inclusão do Município de XXXXXX e do Estado de São Paulo no polo passivo.

A inclusão do Município de XXXXXXXXXXXX como réu neste processo justifica-se pela sua **competência direta sobre a gestão e execução dos serviços públicos de saúde dentro do seu território** (art. 18, I da Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde e art. 18, I da Lei Complementar Estadual nº 791/1995 – Código de Saúde do Estado de São Paulo) – **incluídos nesta competência, também, especificamente os equipamentos de saúde mental** (art. 18, IV da Lei Complementar Estadual nº 791/1995). Significa dizer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são equipamentos sob competência executiva direta dos Municípios. Quaisquer omissões relativas a essa gestão executiva são de responsabilidade municipal, e, portanto, podem e devem ser questionadas perante a municipalidade.

A inserção do Estado de São Paulo como réu, por sua vez, justifica-se primariamente na sua **competência subsidiária sobre a gestão dos serviços de saúde oferecidos no seu território**. Pelo art. 17, III da Lei nº 8.080/1990, é função dos Estados “prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde”. Esta disposição é replicada também em âmbito estadual, no art. 15, II do Código de Saúde do Estado de São Paulo.

Mais do que a competência suplementar abstrata dos Estados sobre a execução dos serviços de saúde locais, contudo, **a responsabilidade direta do Estado de São Paulo sobre o objeto desta ação encontra amparo também na legislação específica de saúde mental do SUS**. Pelo art. 15, II, do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde (norma que trata da organização da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS), são competências do Estado:

“(...) apoio à pactuação, 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”

As competências estaduais sobre a RAPS, por esta definição, praticamente coincidem com as competências municipais. A aproximação dos dois órgãos na gestão da Rede fica ainda mais evidente quando, no art. 14, I, c, do mesmo texto normativo, determina-se que o Plano de Ação Regional para a expansão da RAPS⁴¹ deve ser elaborado pela própria Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP). Na mesma alínea, define-se que, depois da elaboração do Plano Regional, devem ser elaborados Planos de Ação Municipais – evidenciando, mais uma vez, **a necessária interdependência de Estado e Municípios no desenvolvimento das políticas de saúde mental nos territórios**.

41 Trata-se de documento em que são definidas as diretrizes da expansão da Rede de Atenção Psicossocial em âmbito regional, com o planejamento de quais equipamentos serão instalados, previsões orçamentárias, fixação de prazos, etc. Tais Planos serão abordados com maior profundidade adiante.

O Estado de São Paulo, em atenção a essas normas, efetivamente aprovou, por meio da Comissão Intergestores Bipartite da sua Secretaria de Estado da Saúde, diversos Planos de Ação Regionais para a gestão e expansão da RAPS⁴² em seu território. O detalha-

mento acerca do **Plano desenvolvido para a região do Alto Tietê, na qual está situado o Município de XXXXXXX**, será feito mais à frente, mas cumpre adiantar que, com a aprovação destes Planos, o Estado de São Paulo assumiu ativamente competências sobre a gestão da Rede de Atenção Psicossocial no seu território. Eventuais omissões na condução da política de atenção psicossocial no Estado – como no caso a ser discutido – podem e devem ser também a si atribuídas.

Lembre-se, finalmente, que **Estado e Município têm responsabilidade solidária pela prestação de serviços à saúde**, conforme pacificado na jurisprudência deste E. Tribunal Estadual e, também, do C. Superior Tribunal de Justiça⁴³. Com a inclusão do Estado de São Paulo e o Município de XXXXXXX no polo passivo desta demanda, busca-se uma condenação solidária de acordo com tais parâmetros jurisprudenciais.

III DOS FATOS

III.a A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Município: contextualização e diagnóstico

O Brasil passou, dos anos 1970 aos anos 2000, por um amplo movimento social de reforma psiquiátrica. O fenômeno culminou com a promulgação, em 2001, da Lei nº 10.216, a primeira referência normativa a delinear uma política de assistência psicossocial voltada à reinserção dos pacientes (com transtornos mentais ou com problemas de abusos de substâncias) na comunidade. Para isso, em linhas bastante gerais, a reforma psiquiátrica no Brasil focou especialmente no combate ao tratamento institucionalizante, que adotava a internação e/ou a abstinência como principais linhas terapêuticas. Essa mudança só pôde ocorrer a partir de uma resignificação da autonomia do paciente – que passa a ser valorizada como ponto central de qualquer estratégia terapêutica de atenção psicossocial. A priorização da autonomia, já que intrinsecamente oposta ao modelo até então prevalente de isolamento, naturalmente leva à mudança de foco

Para o momento em que o modelo for usado: verificar se o link da nota de rodapé ainda funciona.

Verifique, no link fornecido, o Plano desenvolvido para a região em que a Comarca se localiza. Caso não exista referido plano, mencione a necessidade de elaborá-lo e que a sua ausência é um dos indicativos da responsabilidade tanto do Estado quanto do Município. Também mencione que em outros planos, relacionados a outras regiões de São Paulo, o Estado não só colaborou na organização do atendimento à saúde, como assumiu ativamente competências sobre a gestão da RAPS – fato que demonstra atuação desigual do Estado em relação aos diversos municípios e regiões que o compõem, gerando também responsabilidade perante os cidadãos da Comarca em que se demanda em razão da omissão.

42 Planos de Ação Regionais para expansão da RAPS disponíveis em: < <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/saude-mental-alcool-e-drogas/plano-de-acao-das-raps-aprovadas-em-cib/>>. Acesso em 06/05/2019.

43 São exemplos na jurisprudência do E. Tribunal de Justiça de São Paulo: Apelação nº 837.826-5/6-00, j. 3ª Câmara de Direito Público; Agravo de instrumento nº 778.925-5/9-00, j. 4ª Câmara de Direito Público; Apelação nº 849.960.5/0-00, j. 7ª Câmara de Direito Público; Apelações nº 671.926-5/3-00 e 725.375-5/5-00, j. 9ª Câmara de Direito Público; Apelações nº 673.252-5/1-00 e 828.854-5/2-00, j. 10ª Câmara de Direito Público; Agravo de instrumento nº 878.220-5/0-00, j. 12ª Câmara de Direito Público. Da mesma forma, firmado o entendimento do C. Superior Tribunal de Justiça: AgRg no Ag 961677/SC, Segunda Turma, Rel. Ministra Eliana Calmon, DJe 11/06/2008; AgRg no Ag 858899/RS, Primeira Turma, Rel. Min. José Delgado, DJ 30/08/2007.

para um tratamento preocupado centralmente com a reinserção do paciente na comunidade.

A intervenção do Poder Público para a consolidação desse novo modelo de atenção à saúde mental foi essencial – seja para desconstruir as bases do modelo antigo, especialmente através do fechamento de hospitais psiquiátricos, seja pelo financiamento e gestão do novo modelo terapêutico. A política de atenção psicossocial, segundo esses novos moldes de integração, passou a basear-se, principalmente, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS são equipamentos que oferecem serviços de saúde de caráter aberto e comunitário aos pacientes de saúde mental e suas famílias, provendo atenção diária para o acompanhamento do tratamento. Atua, assim, como principal porta de entrada de cidadãos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O serviço oferece atendimentos medicamentosos, psicoterápico e de suporte social a indivíduos e grupos. Contam com equipe de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros profissionais, de forma a oferecer estrutura completa e interdisciplinar para o acompanhamento dos pacientes de saúde mental. São, pois, os equipamentos moldados para oferecer suporte integral no tratamento de usuários da Rede. Não à toa, os CAPS são também os serviços responsáveis pela “organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território”⁴⁴.

A partir deste panorama, fica evidente que, exceto em Municípios pequenos (com menos de 15.000 habitantes, conforme determina a legislação⁴⁵ e se explicará adiante), não é possível uma devida estruturação da RAPS em base local sem que ali exista previamente, no mínimo, um CAPS. **Mesmo que existam outros equipamentos no território, como serviços meramente ambulatoriais, nenhum deles é capaz de suprir a falta de um equipamento verdadeiramente especializado que, além do atendimento aos pacientes e às suas famílias, ofereça estrutura para possibilitar a própria organização dos demais serviços de saúde mental.**

Além dos CAPS, a legislação psicossocial também traz outras modalidades de equipamento que, a despeito de não estruturarem propriamente o tratamento, foram essenciais para a consolidação do processo de reforma psiquiátrica e, até hoje, desempenham papéis estratégicos no tratamento de pacientes de saúde mental. Mencionem-se, particularmente, as Unidades de Acolhimento, os Serviços Residenciais Terapêuticos e os leitos psiquiátricos em hospital geral.

44 Alude-se, neste parágrafo, aos seguintes dispositivos do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde: art. 20 e parágrafos; art. 23 e parágrafos. Trecho entre aspas replicado especificamente dos §1º, I; §4º, I, e; §7º, I do art. 23.

45 Cf. art. 7º, §4º do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde.

As Unidades de Acolhimento (UAs) são serviços que oferecem acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pacientes com transtornos decorrentes do abuso de substâncias, que dependam dessa modalidade de atenção e não possam provê-la, em razão de sua situação de vulnerabilidade social e/ou familiar. São, portanto, equipamentos imprescindíveis para lidar com o problema da dependência química sem que se sobrecarreguem os CAPS ou que haja má utilização dos serviços de internação – conforme se argumentará mais à frente. Ademais, assim como ocorre com os CAPS, a legislação de saúde mental estabelece que as UAs são de implementação obrigatória em determinados Municípios, a depender do tamanho da sua população. No caso de UAs destinadas ao acolhimento de adultos, o referencial mínimo é de implementação em cidades com mais de 200 mil habitantes. No caso das UAs infanto-juvenis, por sua vez, esse referencial mínimo é de 100 mil habitantes⁴⁶.

Avaliar a utilidade desse parágrafo no caso de Municípios com menos de 100 mil ou 200 mil habitantes.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), por sua vez, são moradias ou casas inseridas na comunidade, com caráter de serviço de saúde público, voltados ao acolhimento de pacientes egressos de hospitais psiquiátrico ou regimes de internação psiquiátrica prolongada, em razão dos quais acabaram por desenvolver grave dependência institucional. Ao acolherem tais pacientes, esses equipamentos têm como objetivo primordial a substituição do modelo terapêutico de isolamento anteriormente aplicado aos pacientes, promovendo sua reinserção à vida comunitária sem deixá-los desamparados terapêuticamente. Da perspectiva da reforma psiquiátrica, o papel desempenhado por esses serviços é essencial ao objetivo da desinstitucionalização do tratamento. A legislação não define uma população mínima referencial para a implementação de SRTs no território, mas estabelece que devem ser implementadas tantas vagas em SRTs quanto forem necessárias para atender todos os municípios egressos de internação de longa duração (ou seja, de dois ou mais anos⁴⁷).

Finalmente, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais são os equipamentos destinados às internações psiquiátricas a serem realizadas sob o novo regime de atenção introduzido com a reforma. A desinstitucionalização característica da reforma psiquiátrica não significa a total abolição de internações. Há notável importância terapêutica da internação em situações de urgência e emergência, em que o suporte hospitalar se faz necessário para a estabilização da condição do paciente – ou, até mesmo, para a preservação da sua vida. Ocorre que essas internações devem ocorrer justamente em hospitais gerais, capazes de oferecer o suporte necessário à saúde do paciente e, também, de redirecionar os pacientes para tratamento continuado em outros equipamentos da

46 Refere-se aqui, respectivamente, aos arts. 46, I e 48, I do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde.

47 Conforme o Anexo I do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde.

RAPS, uma vez atingida a estabilidade clínica. A internação em hospitais psiquiátricos, em oposição àquela realizada em hospitais gerais, acaba por incorporar o tratamento continuado do paciente como objetivo – algo incompatível com a própria característica pontual da medida da internação. Em assim sendo, são também essenciais à desinstitucionalização os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, devendo ser implementados na base de um leito para cada 23 mil habitantes de um dado Município⁴⁸.

Propõe-se a presente ação pois, na contramão do movimento de transformação da atenção à saúde mental, institucionalizado no Brasil a partir de 2001, que deu origem também aos equipamentos supracitados, o **Município de XXXXXXX, mesmo com uma população de XXXXXX habitantes, não possui em seu território, até hoje, qualquer CAPS, Unidade de Acolhimento ou Serviço Residencial Terapêutico. Os leitos psiquiátricos existentes, por sua vez, são insuficientes** (COMPLETAR COM O NÚMERO). O único equipamento prontamente disponível a pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do abuso de substâncias atualmente presente no **Município é o ambulatório de saúde mental.**

Relatar a situação do Município, considerando os dados levantados a partir do envio de ofício.

[falar da insuficiência do equipamento existente, da provável defasagem da equipe, dos déficits orçamentários, etc]

Essa extrema negligência do Município de XXXXXXX no fornecimento de serviços adequados de atenção psicossocial **não apenas representa uma grave violação ao direito à saúde de seus cidadãos, mas desafia frontalmente todo o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil.** Não tratamos, aqui, de mera insuficiência de equipamentos existentes para atendimento de toda a demanda do Município; trata-se, em verdade, de absoluta ausência de atenção psicossocial pública em XXXXXX, em decorrência de escolha dos próprios gestores municipais e estaduais.

III.b O plano de expansão da RAPS e a sistemática omissão da Administração Pública

Conforme amplamente exposto no item supra, a atenção psicossocial no Município de XXXXXX é atualmente realizada apenas por um ambulatório de saúde mental. O Município não conta com qualquer dos equipamentos previstos como componentes da RAPS no Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde.

Elaborar o parágrafo de acordo com a realidade do Município no qual se está propondo a ação judicial, lembrando que o NCDH mapeou a situação de abertura de CAPS (número e tipos necessários x realidade instalada) em todos os Municípios do Estado de São Paulo. Através dos modelos de ofícios também elaborados, os demais dados referentes a UAs, SRTs e leitos psiquiátricos em hospitais gerais também serão coletados.

48 Conforme o art. 59, I do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde.

Tratar-se-á brevemente dos demais equipamentos da RAPS em momento oportuno, mas foca-se, neste momento, nos CAPS, UAs, SRTs e leitos psiquiátricos em hospital geral por alguns motivos: (i) no caso dos CAPS, trata-se do equipamento básico para a estruturação da atenção psicossocial especializada em qualquer território; (ii) no caso das UAs e SRTs, são equipamentos que, ainda que complementares aos CAPS, desempenham papel crucial para a continuidade do tratamento em caráter ambulatorial de pessoas que precisaram ser internadas; (iii) no caso dos leitos psiquiátricos em hospital geral, são equipamentos que representam uma alternativa segura e não institucionalizante para pacientes em situação de urgência, que necessitem de tratamento intensivo, e; (iv) por tratarem-se os CAPS, UAs e leitos de equipamentos que, pela própria legislação, **são de implementação obrigatória conforme a base populacional de uma dada região.**

O Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde estabelece, nominalmente, em seu art. 7º, §4º, os requisitos populacionais mínimos para a implementação de cada tipo de CAPS; em seus arts. 46, I e 48, I, os requisitos para a implementação de cada tipo de UA, e; em seu art. 59, I, os requisitos para a implementação de leitos. Tais especificações serão detalhadas à frente, mas adianta-se desde já que, **a partir da população de XXXXXX, conforme dados do IBGE (XXXXXX habitantes no ano de 2018), o Município deveria contar com, pelo menos, um CAPS III, um CAPS AD III, um CAPSi, uma UA para adultos, uma UA infanto-juvenil e dezesseis leitos psiquiátricos.**

Ainda assim, e a despeito de diversas tentativas da Defensoria em pactuar a devida implementação da política de atenção psicossocial no Município, **XXXXXXX não conta com qualquer CAPS ou Unidade de Acolhimento até este momento, apresentando ainda grave deficiência de leitos (dos dezessete leitos previstos em lei, conta apenas com xxxx). Registre-se, aliás, que essa deficiência foi notada pelos próprios gestores regionais, ainda em 2012. Explica-se.**

Em 2012, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP) aprovou um Termo de Referência para expansão da RAPS no Estado (Deliberação CIB nº 87/2012 – doc. xxx). De maneira geral, esse documento estabelece que seriam responsáveis pelo processo de expansão um Grupo de Condutores Estadual, composto principalmente por representantes estaduais (SES/SP) e municipais (Conselho Nacional de Secretarias Municipais em Saúde), com participação secundária (na forma de apoio) do Ministério da Saúde. A partir desse Grupo de Condutores Estadual, seriam definidos Grupos Condutores Regionais e Municipais, responsáveis por elaborar os Planos de Ação Regional – documentos que ordenariam o processo de expansão da RAPS por cada Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo. Tais planos trariam, dentre outros, previsões concretas sobre a infraestrutura a ser implementada em cada Município, sobre a fonte de financiamento para esses equipamentos de saúde e sobre os atores responsáveis por conduzir sua implementação.

O Grupo Conductor Regional do processo de expansão da RAPS no Alto Tietê elaborou, então, um Plano de Ação Regional aplicável à região (doc. Xx). Este documento traz diversos estudos que determinaram o déficit dos equipamentos de atenção psicossocial em cada Município da região do Alto Tietê. A partir desse diagnóstico, o Plano estabeleceu um cronograma de implementação de novos equipamentos. Especificamente quanto à atenção psicossocial especializada no Município de XXXXXXXXX, o Plano determinou que, dentre outros:

- Seriam implementados dois CAPS II, um no ano de 2013 e outro no ano de 2014, com custeio corrente previsto no valor de R\$794.070,00 e incentivo financeiro adicional de R\$60.000,00;
- Seria implementado um CAPS AD III, no ano de 2014, com custeio corrente previsto no valor de R\$945.600,00 e incentivo financeiro adicional de R\$150.000,00;
- Seria implementado um CAPS infantil, no ano de 2015, com custeio corrente previsto no valor de R\$385.560,00 e incentivo financeiro adicional de R\$30.000,00;
- Seriam implementadas duas Unidades de Acolhimento Adulto, uma no ano de 2014 e outra em 2015, com custeio corrente previsto no valor de R\$600.000,00 e incentivo financeiro adicional de R\$140.000,00;
- Seria implementada uma Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, no ano de 2015, com custeio corrente previsto no valor de R\$360.000,00 e incentivo financeiro adicional de R\$70.000,00; e
- Seriam implementados 17 leitos, todos regionais, com custeio corrente no valor de R\$1.144.462,44.

Ou seja: **ainda no ano de 2012, os próprios gestores regionais e municipais identificaram a deficiência na RAPS em XXXX e pactuaram compromisso de expandi-la** (mesmo que não segundo os parâmetros fixados na legislação). Ainda assim, sete anos depois, nenhuma das implementações previstas foi concretizada.

Adequar à realidade do Município sobre o qual versa a ação judicial.

Além de esses fatos indicarem uma clara omissão da Administração em cumprir com os compromissos por si assumidos, eles acabam por indicar, também, uma morosidade negligente para com os cofres públicos.

Na ausência de equipamentos próprios para a promoção da atenção psicossocial no Município, os pacientes acabam sendo tratados por meio de internações involuntárias ou compulsórias custeadas com recursos públicos.

Esse parágrafo antecipando um cenário de muitas internações bancadas pelo Município. Deve ser mantido nos locais em que a informação se confirmar.

[falar do número de internações custeadas pela Prefeitura, do preço pago por paciente, comparar valores referentes a internações custeadas pelo Poder Público com os valores orçados para implementação do CAPS etc.]

Além de as internações custeadas pelo Município **serem proporcionalmente mais caras do que a própria implementação dos CAPS**, elas também são inócuas na solução do problema sistêmico da falta de atenção à saúde mental no local.

São proporcionalmente ou absolutamente mais caras? Adaptar conforme o cenário verificado.

O tema será tratado com minúcias mais à frente, mas adianta-se que a efetiva implementação dos equipamentos da RAPS diminuiria potencialmente a quantidade de casos que demandam internação, por serem capazes de promover um tratamento continuado com maior potencial de estabilização dos pacientes. Assim, **o eventual gasto com a instalação dos CAPS, UAs e leitos faltantes em XXXXXXXX, mesmo que mais dispendioso para o Município em primeira análise, significaria uma importante diminuição nos seus gastos futuros. Além disso, tais equipamentos seriam capazes de garantir a necessária promoção dos direitos humanos das pessoas em sofrimento mental e suas famílias, uma vez que soluções totalizantes, como as internações involuntárias, promovem sofrimento e segregação social.**

Considerando a urgência na instalação de equipamentos de saúde mental no Município, e diante da (i) reiterada omissão do Poder Público em oferecer assistência à saúde mental, do (ii) sistemático descumprimento, pela Administração, de compromissos por si assumidos, e da (iii) negligência com os cofres públicos resultante desta postura, **fica certamente demonstrada a legitimidade do pleito ora formulado.**

III.c Das tentativas de estruturação negociada da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Município

Segundo o quanto já antecipado no item anterior, as administrações municipal e estadual não cumpriram com os seus deveres legais na implementação de equipamentos de saúde mental no **Município de XXXXXXXX**.

Descumpriram, ademais, os próprios planos de trabalho elaborados pela Administração Estadual, na forma do Plano de Ação Regional para a expansão da RAPS na região do Alto Tietê.

E não se diga que o problema foi decorrente de falta de verbas, uma vez que o Município as recebeu e, diante da falta de aplicação, devolveu-as.

Adaptar à situação local.

Identificou-se casos de Municípios que receberam recursos federais e estaduais para implementação de CAPS e outros serviços da RAPS, mas que os devolveram. Adaptar conforme a situação apurada na sua localidade.

Em razão desse sistemático descumprimento das diretrizes para a atenção à saúde mental estabelecidas na legislação, a Defensoria Pública tentou, por diversas vezes e de diversos modos, negociar a regularização da situação da RAPS no Município, com também variados atores políticos.

[indicar as tratativas, reuniões, ofícios, a não inclusão ou priorização da RAPS no orçamento e PPA da cidade etc.]

Em face dessas inúmeras negativas da Administração Pública em pactuar e desenvolver conjuntamente a regularização da RAPS no Município, restou à Defensoria, como última instância possível para assegurar o pleno direito à saúde aos cidadãos de XXXXXXXXXX, a proposição da presente Ação Civil Pública.

III.d Das consequências da falta dos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) aos municípios

[relato de casos]

IV DO DIREITO

IV.a Do direito à saúde

O direito à saúde é conformado na Constituição de 1988 como direito social pelo rol do art. 6º. Mais do que apenas direito social, em sendo diretamente associado ao princípio da dignidade humana, é também um **direito fundamental**⁴⁹. É previsto, ainda, como dever do Estado, segundo as prescrições do art. 196 da Constituição – constituindo-se, portanto, em um **direito fundamental que reflete obrigação prestacional positiva por parte do Poder Público**.

Sobre este ponto, argumentam os Ilmos. Professores José Canotilho e Vital Moreira que a natureza positiva do direito à saúde “significa o direito às medidas e prestações estaduais visando a prevenção das doenças e o tratamento delas”, de forma que **“trata-se de um direito que exige prestações de Estado e que impõe aos entes públicos a realização de determinadas tarefas (...), de cujo cumprimento depende a própria realização do direito”**⁵⁰.

A exigibilidade do direito à saúde é, então, assegurada já em princípio pelo próprio texto constitucional: na medida em que é trazido como dever do Estado, pode ser dele cobrado caso não esteja sendo devidamente prestado. Essa exigibilidade é reafirmada, ainda, pelo §1º do art. 5º da Constituição, que, ao determinar a aplicabilidade imediata dos direitos fundamentais, obriga o Poder Público a responder pela sua não garantia⁵¹.

49 SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição. *Panóptica: direito, cultura e sociedade*. [S.l.], v. 1, n. 4, p. 01-22, dez. 2006. Disponível em: <http://www.panoptica.org/seer/index.php/op/article/view/Op_1.4_2006_1-22>. Acesso em: 21 maio 2019.

50 CANOTILHO, José Joaquim Gomes; MOREIRA, Vital. *Constituição da República Portuguesa anotada*, volume 1. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; Coimbra: Coimbra Editora, 2007. p. 825.

51 Segundo Ingo Sarlet e Mariana Figueiredo, este dispositivo constitucional obriga a Administração à outorga do máximo de efetividade e eficácia possível aos direitos fundamentais, já que, a direta aplicabilidade implica plena eficácia. SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. *Revista*

Veja-se que este entendimento é de tal forma consolidado no ordenamento jurídico brasileiro que o direito à saúde vem previsto na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) nestes exatos mesmos termos:

Art. 2º A saúde é um **direito fundamental** do ser humano, **devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.**

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na **formulação e execução de políticas econômicas e sociais** que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

No mesmo sentido, dispõe a Constituição do Estado de São Paulo que:

Artigo 219 - A saúde é direito de todos e dever do Estado.

Parágrafo único - Os Poderes Públicos Estadual e Municipal garantirão o direito à saúde mediante:

- 1 - políticas sociais, econômicas e ambientais** que visem ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade e à redução do risco de doenças e outros agravos;
- 2 - acesso universal e igualitário às ações e ao serviço de saúde, em todos os níveis;**
- 3 - direito à obtenção de informações e esclarecimentos de interesse da saúde individual e coletiva, assim como as atividades desenvolvidas pelo sistema;**
- 4 - atendimento integral do indivíduo, abrangendo a promoção, preservação e recuperação de sua saúde.**

Ainda no tema da exigibilidade do direito à saúde, note-se que **a obrigatoriedade de prestação do direito à saúde pelo Poder Público significa também que ele deve ser prestado nos exatos termos em que vem o direito previsto no art. 196 da Constituição:**

Art. 196 A 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.**

Significa dizer que o direito à saúde, conforme determina a Constituição, tem seu significado diretamente atrelado à promoção de políticas públicas que, além de visarem à redução do risco de doenças, devem promover, proteger e recuperar a saúde. A não observância desse regime de integralidade acarretará, na prática, no descumprimento

de promoção do direito à saúde, vez que **a integralidade é um elemento central na própria definição constitucional do direito fundamental à saúde.**

Assim, mais do que a mera exigibilidade abstrata do direito à saúde, evocar-se-á, ao longo deste feito, **a obrigatoriedade de prestação do direito à saúde seguindo-se os preceitos de integralidade consagrados na Constituição.**

Este ponto é importante pois o Município de XXXXXXXX, por mais que conte com Unidades Básicas de Saúde e outros equipamentos que prestam serviços de saúde à sua população, não oferece serviços públicos de atenção psicossocial – violando, dessa forma, justamente a previsão de integralidade do direito à saúde. A saúde não pode ser reduzida à ideia de atenção ambulatorial básica e, entendida conforme o mandamento de integralidade contido no art. 196 da CF, deve compreender inclusive a atenção especializada – como no caso da atenção à saúde mental provida pelos CAPS e demais equipamentos da RAPS. **É possível dizer, portanto, que a negligência do Município e do Estado na implementação da RAPS viola, diretamente, a integralidade intrínseca ao direito fundamental à saúde.**

Nesta seara, importa ainda trabalhar a noção de direito fundamental à saúde como componente do mínimo existencial, para dirimir qualquer possível argumento no sentido de que a sua exigibilidade seria afastável em face do argumento da reserva do possível.

A saúde, enquanto direito fundamental e como garantia necessária à própria manutenção da vida, está intrinsecamente ligada à dignidade e à subsistência humanas. Em assim sendo, compõe o núcleo de direitos que são doutrinariamente definidos como mínimo existencial – a saber, a garantia de condições de subsistência que permitam a digna sobrevivência do ser humano. Sublinhe-se, aqui, que o mínimo existencial não se limita às garantias mínimas para que os cidadãos não pereçam, mas, sim, dessas garantias alinhadas ao oferecimento de condições que permitam a vida com qualidade. No ordenamento jurídico brasileiro, o mínimo existencial é ele mesmo previsto, implicitamente, como direito fundamental, vez que inerente à própria dignidade humana.

Ora, o direito à saúde, conforme previsto na Constituição, traduz justamente a garantia de que pessoas que se encontrem em território brasileiro terão acesso a serviços de saúde que promovam, protejam e recuperem sua saúde. **Indubitavelmente, pois, trata-se de direito central à garantia do mínimo existencial, visto que, sem a garantia da saúde, o próprio direito à vida deixaria de ter amparo no ordenamento.**

Sobre isso, citem-se ainda as lições de Ingo Sarlet:

De outra parte, mesmo que não se possa adentrar em detalhes o exame do tópicico, firma-se posição no sentido de que o objeto e conteúdo do mínimo existencial, compreendido também como direito e garantia fundamental, haverá de guardar sintonia com uma compreensão constitucionalmente adequada do direito à vida e da dignidade da pessoa humana como princípio constitucional fundamental. Neste sentido, remete-se à noção de que a dignidade da pessoa humana somente estará assegurada – em termos de condições básicas a serem garantidas pelo Estado e pela sociedade – onde a todos e a qualquer um estiver garantida nem mais nem menos do que uma vida saudável.

(...)

Dito isso, o que importa, nesta quadra, é a percepção de que a garantia (e direito fundamental) do mínimo existencial independe de expressa previsão constitucional para poder ser reconhecida, visto que decorrente já da proteção da vida e da dignidade da pessoa humana. No caso do Brasil, embora não tenha havido uma previsão constitucional expressa consagrando um direito geral à garantia do mínimo existencial, não se poderia deixar de enfatizar que a garantia de uma existência digna consta do elenco de princípios e objetivos da ordem constitucional econômica (art. 170, caput), no que a nossa Carta de 1988 resgatou o que já proclamava a Constituição de Weimar, de 1919. **De outra parte, os próprios direitos sociais específicos (como a assistência social, a saúde, a moradia, a previdência social, o salário mínimo dos trabalhadores, entre outros) acabaram por abarcar algumas das dimensões do mínimo existencial, muito embora não possam e não devam ser (os direitos sociais) reduzidos pura e simplesmente a concretizações e garantias do mínimo existencial, como, de resto, já anunciado⁵².**

É justamente por caracterizar-se como elemento central do mínimo existencial que a saúde – também enquanto dever do Estado, rememore-se – não pode deixar de ser garantida pelo Poder Público. Mesmo que se argumente que, para fins de definição de políticas públicas, é necessário que se leve em conta as restrições orçamentárias da Administração, é certo que os serviços essenciais de saúde não podem deixar de ser prestados sob a justificativa da reserva do possível. **A reserva do possível pode ser evocada como limitação prática inerente a qualquer direito fundamental, mas não é aplicável no caso, justamente, de garantias inerentes ao mínimo existencial.**

Na esteira dos ensinamentos anteriores, prossegue o Ilmo. Professor Sarlet:

Por derradeiro, já nos encaminhando para o fechamento desta etapa e cientes de que diversos aspectos desafiam maior desenvolvimento (além de outros que sequer foram tangenciados) reafirmamos aqui o nosso entendimento de que em-

52 Ibid, p. 183-184.

bora o conteúdo judicialmente exigível dos direitos sociais como direitos a prestações não possa ser limitado à garantia do mínimo existencial, quando este estiver em causa (e pelo menos nesta esfera) há que reconhecer aquilo que já se designou de **direito subjetivo definitivo a prestações** (como tem sido o caso de Robert Alexy e José Joaquim Gomes Canotilho, entre outros) **e, portanto, plenamente exigível também pela via jurisdicional. As objeções atreladas à reserva do possível não poderão prevalecer nesta hipótese, exigíveis, portanto, providências que assegurem, no caso concreto, a prevalência da vida e da dignidade da pessoa**, inclusive o cogente direcionamento ou redirecionamento de prioridades em matéria de alocação de recursos, pois é disso que no fundo se está a tratar.

(...)

Premissa central da análise que se passa a empreender é a circunstância de que não se poderá desconsiderar que o direito à saúde, como os demais direitos fundamentais, encontra-se sempre e de algum modo afetado pela assim designada reserva do possível em suas diversas manifestações, seja pela disponibilidade de recursos existentes (que abrange também a própria estrutura organizacional e a disponibilidade de tecnologias eficientes) e pela capacidade jurídica (e técnica) de deles se dispor (princípio da reserva do possível). Por outro lado, **a garantia (implícita) de um direito fundamental ao mínimo existencial opera como parâmetro mínimo dessa efetividade, impedindo tanto omissões quanto medidas de proteção e promoção insuficientes por parte dos atores estatais**, assim como na esfera das relações entre particulares, quando for o caso⁵³.

No presente feito, questiona-se justamente a omissão do Poder Público na prestação de um serviço básico – ainda que especializado – de saúde: o de atenção psicossocial. **Trata-se de política pública sem a qual se pode seguramente afirmar que o mínimo existencial dos cidadãos de XXXX, ao menos com relação às garantias do art. 196 da Constituição, não lhes é assegurado.** Dessa forma, de rigor que se afaste, desde pronto, o provável argumento da defesa sobre a insuficiência orçamentária ou a reserva do possível para justificar a negligência inconstitucional reputável ao Poder Público no presente caso.

No mais, é importante que se lembre que o Município recebeu recursos para instalação dos serviços que ora se pleiteia, e desidiosamente não os versou adequadamente, sendo obrigado a devolvê-los. Não há aqui, portanto, qualquer espaço para discussão sobre a inexistência de orçamento.

Adaptar à realidade local.

IV.b Da legislação sobre atenção psicossocial

A Lei nº 8.080/1990 é a norma-base responsável pela regulamentação do SUS, trazen-

⁵³ Ibid, p. 196-201.

do as diretrizes do oferecimento de serviços de saúde pelo Poder Público em domínio nacional. Apesar de não tratar especificamente do assunto da atenção à saúde mental, a Lei deixa clara a obrigatoriedade de sua promoção no âmbito do SUS, na medida em que estabelece a integralidade como princípio do Sistema:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

(...)

II - integralidade de assistência, entendida como **conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;**

A atenção psicossocial é um braço necessariamente especializado dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, não podendo ser substituída por meros serviços ambulatoriais ou clínicos gerais. **Deve, então, ser prestada a partir de equipamentos e serviços próprios, como forma de atender ao princípio da integralidade.**

Ao mesmo tempo, ressalta-se que a **prevenção** também é princípio regente do SUS e elemento da definição de integralidade. A existência dos serviços de atenção básica, entre eles os relacionados à saúde mental, está inserida nessa perspectiva de integralidade, uma vez que o devido acompanhamento ambulatorial dos quadros de saúde mental garante a prevenção do agravamento de doenças. Tal agravamento, além de prostrante para o cidadão que necessita de atendimento de caráter mental, assim como para sua família, pode vir a representar um sensível aumento de gastos para o Poder Público na atenção à saúde desse paciente.

Além da integralidade, a saúde mental deve ser oferecida observando também os princípios de tratamento comunitário e priorização da autonomia do paciente, introduzidos no Brasil com a reforma psiquiátrica. Isso porque o legislador assumiu no ordenamento pátrio, em um processo contínuo e diretamente decorrente do movimento da reforma psiquiátrica, diversos compromissos com a efetivação desse modelo de atenção psicossocial.

O primeiro compromisso assumido pelo Brasil nesse sentido se deu com a assinatura da Declaração de Caracas, aprovada em 1990 na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. Dispõe a declaração:

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a **promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;**

2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, **programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais**, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Em seguida, o Poder Público passou a preocupar-se com a efetiva institucionalização desses compromissos no ordenamento jurídico interno, processo que se deu aos poucos.

Ressalte-se que o rompimento com o modelo de institucionalização permanente de pacientes psiquiátricos – calcadas na existência dos manicômios ou hospícios – representa um avanço no processo civilizatório, uma vez que se comprovou que tais locais funcionavam como “depósitos de indesejados”. Passou-se a entender o recurso à internação permanente de uma pessoa como uma forma de segregação social e abandono daqueles que não se enquadram nos padrões socialmente esperados – além de ter se reconhecido, ademais, sua patente inefetividade. Nesse sentido, comenta Paulo Amarante, ao tratar das modificações da política de saúde mental conhecidas como “Reforma Psiquiátrica”⁵⁴:

Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades.

54 AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.

O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativeiro. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social. (grifo nosso)

Um primeiro exemplo bastante relevante de legislação condizente com o novo modelo de atenção psicossocial é o do Código de Saúde do Estado de São Paulo (Lei Complementar Estadual nº 791/1995), que incorporou as diretrizes de promoção de atenção à saúde mental baseada na autonomia do paciente, no princípio de desinstitucionalização e na centralidade do tratamento comunitário:

Artigo 33 - No tocante à saúde mental, **o SUS, estadual e municipal, empreenderá a substituição gradativa do procedimento de internação hospitalar pela adoção e o desenvolvimento de ações predominantemente extra-hospitalares, na forma de programas de apoio à desospitalização que darão ênfase à organização e manutenção de redes de serviços e cuidados assistenciais destinada a acolher os pacientes em seu retorno ao convívio social**, observados, ainda, os seguintes princípios:

I - Desenvolvimento, em articulação com os órgãos e entidades, públicas e privadas, da área de assistência e promoção social, de ações e serviços de recuperação da saúde de pessoas acometidas de transtorno mental e sua reinserção na família e na sociedade;

II - **A atenção aos problemas de saúde mental**, em especial os referentes à psiquiatria infantil e à psicogeriatría, **se realizará, basicamente, no âmbito comunitário, mediante assistência ambulatorial, assistência domiciliar e internação de tempo parcial**, de modo a evitar ou a reduzir, ao máximo possível, a internação hospitalar duradoura ou de tempo integral;

III - Toda pessoa acometida de transtorno mental terá direito a tratamento em ambiente o menos restritivo possível, o qual só será administrado depois de o paciente estar informado sobre o diagnóstico e os procedimentos terapêuticos, e expressar seu consentimento;

IV - A internação psiquiátrica será utilizada como último recurso terapêutico, e

objetivar a mais breve recuperação do paciente;

V - Quando necessária a internação de pessoa acometida de transtorno mental, esta se dará, preferentemente, em hospitais gerais; e

VI - A vigilância dos direitos indisponíveis dos indivíduos assistidos será realizada de forma articulada pela autoridade sanitária local e pelo Ministério Público, especialmente na vigência de internação psiquiátrica involuntária.

Em 2001, a transição de modelo de atenção psiquiátrica foi consolidada com a promulgação da Lei nº 10.216. A Lei trata principalmente de regulamentar e restringir as hipóteses de internação psiquiátrica, de forma a coibir as práticas institucionalizantes prevalecentes na anterior política de atenção à saúde mental. A importância da autonomia do paciente será aprofundada mais à frente, mas importa denotar, neste momento, que a Lei nº 10.216/2001 se preocupa em estabelecer algumas novas diretrizes para a atenção psicossocial, agora em âmbito nacional:

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:

(...)

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.

A partir da promulgação da Lei nº 10.261/2001, intensificou-se, no Brasil e no Estado de São Paulo, a implementação de CAPS nos territórios, tomando-os agora como equipamento de referência para a estruturação da atenção à saúde mental na rede pública de saúde. Esse processo culminou, em 2011, na criação da Rede de Atenção Psicossocial, por meio da Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde. A partir daí é possível falar, de fato, numa completa institucionalização do modelo comunitário de atenção à saúde mental, com extensa previsão na legislação sobre os equipamentos e serviços a serem ofertados pelo Poder Público no âmbito do SUS.

A RAPS é atualmente regulamentada no ordenamento da saúde pelo

Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde. Tendo, dentre suas finalidades, a “criação, ampliação e articulação” de serviços de saúde para pessoas com transtorno mental ou dependência química, é no âmbito da Rede que se encontram os equipamentos especializados para o tratamento dessas populações. **Apesar de a RAPS ser integrada ao SUS como um todo, já que os serviços de saúde básica e de saúde mental são interdependentes, seus equipamentos específicos se diferenciam pela especialização nos tratamentos oferecidos.**

A partir dessa lógica de especialização, a RAPS se estrutura em sete eixos (arts. 5º e ss. do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde):

- I. Atenção básica em saúde: composta por serviços gerais de saúde, não específicos ao tratamento de saúde mental, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- II. Atenção psicossocial: composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipamentos de saúde que ofertam o tratamento cotidiano e comunitário para pessoas com transtornos mentais ou problemas decorrentes do uso de álcool ou outras drogas;
- III. Atenção de urgência e emergência: composta por serviços gerais de saúde, não específicos ao tratamento de saúde mental, como as Unidades de Pronto Atendimento;
- IV. Atenção residencial de caráter transitório: serviços de Atenção em Regime Residencial composta, dentre outros, pelas Unidades de Acolhimento;
- V. Atenção hospitalar: composta por leitos e enfermarias específicos para tratamentos de saúde mental;
- VI. Estratégias de desinstitucionalização: compostas pelos Serviços Residenciais Terapêuticos, serviços de moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa duração, de hospitais psiquiátricos, dentre outros;
- VII. Estratégias de reabilitação psicossocial: compostas por políticas públicas de geração de trabalho e renda voltadas à inclusão social dos pacientes da Rede.

São de particular interesse da abordagem pela Defensoria Pública, no âmbito do presente feito, os eixos II, IV, V e VI, já que são aqueles em que se prevê equipamentos específicos de atenção à saúde mental.

Adaptar conforme a necessidade local e as possibilidades de efetivação de políticas públicas no Município. Pode-se, por exemplo, optar pelo foco em regularização dos CAPS no Município, relegando-se a outro momento discussões sobre os demais serviços.

Mais especificamente, entende-se que os CAPS, as Unidades de Acolhimento, os leitos em Hospital Geral e as Residências Terapêuticas são serviços a serem implementados prioritariamente pela Administração. Isso porque, numa mesma base territorial, tratam-se dos equipamentos necessários para uma organização básica de atenção integral

a pacientes de saúde mental. São, outrossim, equipamentos alinhados com as diretrizes máximas de voluntariedade e não internação trazidas pela Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001).

No presente feito, optou-se por litigar prioritariamente a favor da implementação de CAPS. Essa escolha foi feita principalmente devido ao já mencionado fato de que, por lei, são estes os equipamentos que servirão como porta de entrada de usuários na RAPS, que subsequentemente prestarão atendimento corrente a estes pacientes e que, ademais, organizarão o fluxo de demandas em saúde mental no seu território.

Parágrafo a ser mantido nas ACPs em que, por escolha estratégica, optou-se por focar os pedidos na instalação de CAPS.

A importância desses equipamentos como estrutura mínima para a organização dos serviços de saúde mental em uma dada base territorial é tamanha que se julgou pertinente estabelecer normativamente as indicações para sua implementação. Evoca-se, novamente, o Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do MS:

Art. 7º Os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõe a Rede de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º)

(...)

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º)

I - CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. **Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;**(Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, I)

II - CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. **Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;** (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, II)

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

ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;(Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, III)

IV - CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. **Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;** (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, IV)

V - CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. **Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;** e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, V)

VI - CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. **Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.** (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, VI)

VII - CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. **Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado,** de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.588/2017)

Além disso, a normativa deixa claro em diversos pontos ao longo de seu texto a necessidade de CAPS como equipamentos básicos pré-existentes para a implementação e/ou operacionalização de serviços mais complexos de atenção psicossocial:

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. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 8º)

(...)

§ 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. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 8º, § 2º)

(...)

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Residencial de Caráter Transitório os seguintes serviços: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º)

(...)

§ 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. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 1º)

(...)

Art. 44. **A Unidade de Acolhimento a ser implantada deverá estar** inserida na Rede de Atenção Psicossocial **e referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial**. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 7º)

(...)

Art. 52. O Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas é um ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e observará as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º)

(...)

II - integração à Rede de Atenção Psicossocial, como parte das demandas e fluxos assistenciais na Região de Saúde, potencializando ações de matriciamento, corresponsabilidade pelos casos e garantia da continuidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, II)

(...)

V - articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para continuidade do tratamento, considerando perspectiva preventiva para outros episódios de internação; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, V).

Diga-se, ainda, que os CAPS, além de organizarem territorialmente a demanda e oferecerem os serviços de acompanhamento e tratamento corrente de pacientes e suas famílias, podem oferecer, também, serviços estratégicos para atendimento de populações específicas. Os CAPS I, II e III são as modalidades básicas do serviço, mas, além deles, existem também o CAPS infantil (CAPSi), voltado ao atendimento e acolhimento da população infanto-juvenil⁵⁵, e os CAPS adultos (CAPS AD e CAPS AD III), voltados ao atendimento e acolhimento de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas⁵⁶. Destaque-se que, mesmo quando especializados, os

55 Referência aos §§12 a 14 do art. 23 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde.

56 Referência aos §§15 a 17 do art. 23 e aos arts. 27 a 37 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde.

CAPS desempenham o papel básico de organização da demanda.

Com todo o exposto, resta incontestável que os CAPS são equipamentos versáteis, cuja implantação decorre de mandamento constitucional e legal, e que, além de prestarem a base assistencial necessária a pacientes de saúde mental e suas respectivas famílias, são também essenciais à própria organização da RAPS. Por este motivo, são tratados como equipamentos prioritários na seara desta ACP.

Não nos bastamos em pleitear apenas a implementação dos CAPS no Município de XXXXXXXX, contudo. Mesmo que essenciais, não se tratam de serviços capazes de satisfazer todas as demandas dos cidadãos atualmente desamparados em matéria de atenção psicossocial. Conforme aludido anteriormente, a RAPS se estrutura em diversos eixos de atuação, articulando diferentes equipamentos para a promoção integral de atenção psicossocial. Espera-se que o gestor local siga o panorama nacional estabelecido para a execução da política pública – motivo pelo qual se pleiteia a implementação de outros equipamentos de saúde mental também entendidos como estratégicos na Rede: as Unidades de Acolhimento, os Serviços de Residência Terapêutica e os leitos psiquiátricos em hospital geral.

Analisar, na realidade do Município, a pertinência de incluir pedidos relacionados aos demais equipamentos da RAPS.

As Unidades de Acolhimento (UAs) são os equipamentos que compõem o eixo de Atenção Residencial de Caráter Transitório da RAPS. Tratam-se de serviços de acolhimento voluntário de pessoas com necessidades decorrentes do abuso de substâncias que, durante o acolhimento, oferecem tratamento contínuo aos pacientes. Essa modalidade de serviço existe para que pacientes que necessitem de acompanhamento intensivo, mas que dispensem internação, possam ser recebê-lo, sem sobrecarregar as capacidades dos CAPS e, ademais, recebendo também acolhimento por até seis meses – necessário principalmente para aqueles pacientes em condição de extrema vulnerabilidade. Trata-se de equipamento que articula “intersectorialmente a garantia dos direitos de moradia, educação, convivência familiar e social”⁵⁷.

Além de oferecer tratamento especializado insubstituível pelos demais equipamentos da Rede, as UAs também se dividem em unidades adultas e infanto-juvenis. O modelo de política pública é pensado para lidar com o problema do abuso de substância setorialmente, com especial prioridade para a atenção às crianças e adolescentes.

Assim como os CAPS, as UAs têm uma base mínima territorial prevista em lei, dada a sua importância estratégica na organização da Rede. Conforme a Portaria de Consolidação nº 3/2017:

⁵⁷ Ao longo do parágrafo, faz-se referência particular aos arts. 5º, IV, a; 39, e; 49, todos do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do MS.

Art. 46. A **Unidade de Acolhimento Adulto** deverá observar os seguintes requisitos específicos: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 9º)

I - Ser **referência para Municípios ou regiões com população igual ou superior de 200.000 (duzentos mil) habitantes;** e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 9º, I)

(...)

Art. 48. A **Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil** deverá observar os seguintes requisitos específicos: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11)

I - Ser **referência para Municípios ou região com população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes;** (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, I)

(...)

§ 2º Poderá ser implantada 1 (uma) Unidade de Acolhimento em Município ou região que contabilizem de 2.500 (dois mil e quinhentos) a 5.000 (cinco mil) crianças e adolescentes em risco para uso de drogas. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 1º).

Os Serviços de Residência Terapêutica (SRTs), por sua vez, são os componentes centrais do eixo de Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS. Tratam-se de equipamentos de moradia inseridos na comunidade, destinados a egressos de internação psiquiátrica de longa duração (superior a 2 anos), com o objetivo final de reinseri-los na sociedade. O serviço oferecido no âmbito das SRTs inclui a garantia de moradia, alimentação e saúde aos seus moradores – esta última, por meio da integração dos CAPS com os SRTs⁵⁸.

Os pedidos relacionados a SRTs podem ser estratégicos em localidades nas quais remanescem hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou equipamentos similares, e nos quais se identificam internações de longa duração. A existência das SRTs, nesse contexto, é fundamental para viabilização de estratégias de desinstitucionalização das pessoas que se encontram internadas longamente.

A importância estratégica dos SRTs pode ser explicada por diversos ângulos. O primeiro deles é, obviamente, o de reforço do processo de desinstitucionalização. O fechamento de hospitais psiquiátricos pressupõe um reencaminhamento de pacientes – que, especialmente quando em situação de vulnerabilidade extrema, dificilmente poderão ser reintegrados à sociedade de maneira direta. O segundo deles trata justamente do amparo a esses pacientes: para além da desinstitucionalização como fim em si mesmo, os SRTs promovem a assistência substitutiva necessária à adaptação e potencial reintegração desses pacientes que, de outra maneira, dificilmente terão suporte para superar a grave dependência institucional desenvolvida ao longo dos anos de internação. Do terceiro ângulo, por fim, os SRTs corrigem uma falha institucional grave, frequentemente atribuível ao Estado, que é justamente a internação de longa duração. Desde 2001, com a publicação da Lei nº 10.216, o tempo máximo de internação psiquiátrica, voluntária ou não, é de 12 meses. Dessa forma, pode-se dizer que pacientes egressos de longas internações são também vítimas da omissão estatal – considerando-se ser função ins-

⁵⁸ Ao longo do parágrafo, faz-se referência aos arts. 5º, VI, a; 77; 79; 81; 83, e; 85, todos do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do MS.

titucional do Poder Público a fiscalização e acompanhamento de internações, conforme determinação da mesma Lei nº 10.216/2001. Por esta perspectiva, o amparo dos SRTs aos pacientes é, meramente, uma solução tardia a uma prévia insanável violação de direitos perpetrados contra os pacientes pela Administração.

A legislação, apesar de não estabelecer para o caso das SRTs uma base territorial mínima de implementação, determina que devem existir tantas vagas em SRTs quanto forem os municípios (ou habitantes de uma dada região) que tenham recebido alta após ao menos dois anos de internação ininterrupta em hospital psiquiátrico ou hospital de custódia (Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do MS). Certamente, então, a intenção dos gestores nacionais era a de que os SRTs oferecessem tratamento a absolutamente todo o universo de possíveis pacientes – indicando, outrossim, absoluta intolerância ao seu desamparo.

Por fim, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais são componentes do eixo de Atenção Hospitalar da RAPS, na forma das “Unidades de Referência Especializada em Hospital Geral” (conforme a redação dada ao art. 5º do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do MS pela Portaria nº 3.588/2017 da mesma pasta). Tratam-se dos leitos aptos a receber pacientes com necessidades urgentes ou emergenciais decorrentes de transtornos mentais ou de abuso de substâncias. Diferentemente dos demais equipamentos da RAPS, os leitos não representam um braço terapêutico da atenção psicossocial, mas apenas suporte hospitalar para situações extremas que o demandem, geralmente de envolvendo ameaça imediata à vida do paciente. São destinados, então, apenas a internações hospitalares de curta duração, visando à estabilidade clínica do paciente – que, uma vez estável, será redirecionado a outros pontos de atenção da RAPS para continuidade do tratamento corrente.

Evidentemente, os leitos psiquiátricos em hospital geral são equipamentos indispensáveis – vez que amparam urgências e emergências de saúde mental às quais estão sujeitos todo e qualquer indivíduo, e não só as pessoas que têm histórico de deficiência mental ou intelectual, ou, ainda, uso abusivo de álcool e outras drogas. No entanto, assim como os demais leitos em hospital, destinam-se apenas à contenção de crises e/ou situações pontuais de agravo da saúde do paciente. Não se destinam a qualquer tipo de tratamento continuado e, por esse motivo, devem necessariamente articular-se aos demais equipamentos da RAPS (inc. III do art. 53 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do MS). Ainda assim, são de implementação obrigatória, com base territorial definida também na Portaria de Consolidação nº 3/2017:

Art. 59. A distribuição dos leitos hospitalares para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes parâmetros e critérios: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º)

I - 1 (um) leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno men-

tal e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas para cada 23 mil habitantes, tendo como base o Capítulo II do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º, I).

Largamente demonstrada a importância de todos os equipamentos aqui citados – nominalmente, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Serviços de Residência Terapêutica e leitos psiquiátricos em hospital geral –, reputa-se justificada a sua inclusão nos pedidos finais a serem formulados no presente feito. Para além das longas considerações tecidas, reforça-se o entendimento de que o gestor nacional, ao estabelecer na legislação as bases territoriais para as quais cada tipo de equipamento é indicado, deixa clara **a importância do oferecimento mínimo de serviços de atenção psicossocial (mesmo em Municípios de pequeno porte!). Parece-nos evidente que essa determinação, inclusive, foi feita de forma a compelir o Poder Público a instalar esses equipamentos no território como política geral. Inegável, pois, sua importância.**

Retome-se, finalmente, que o Município de XXXXXX, a despeito de contar com uma população de XXXXX habitantes – tamanho que, pela legislação, exigiria a presença mínima de CAPS AD III, CAPS III, CAPSi, UAs Adulto e Infanto-Juvenil e 17 leitos psiquiátricos –, conta tão-somente com um ambulatório de saúde mental e de xxx leitos psiquiátricos. Fica evidente, aí, a negligência do Poder Público no oferecimento de serviços de saúde suficientes à sua população – e, mais do que apenas a negligência, a violação direta da legislação de atenção psicossocial do país. O desdobramento evidente e previsível dessa situação é a generalização de problemas no atendimento da população local (em especial, da sua parcela mais vulnerável). Os relatos trazidos no item III.d desta peça confirmam, justamente, esse cenário.

Em resumo, o paciente de saúde mental não tem, na cidade de XXXXXXXXXX, qualquer suporte na rede pública e, por conta disso, está obviamente sujeito à degradação das suas condições de saúde. Quando a situação chega ao limite para si e sua família, surta e é removido ao hospital. Uma vez estabilizado, recebe alta, mas a falta de acompanhamento ambulatorial adequado permanece. Em uma repetição interminável dos fatos, é novamente internado. E assim segue, com o fato complicador de que, a cada surto, suas condições mentais se deterioram.

IV.c Da autonomia da pessoa com deficiência mental

O desacordo da infraestrutura de atenção à saúde mental no Município de XXXXXX, nos termos relatados acima, causa diversos prejuízos à sua população. Mais do que apenas os danos causados pela falta de atendimento, no entanto, a falta de assistência psicossocial qualificada cria um vácuo de políticas públicas que tende a ser preenchido com soluções mal planejadas e de grave repercussão

para a saúde dos pacientes. O maior exemplo disso é a tendência de substituir o tratamento comunitário e ressocializante, oferecido nos CAPS, pelas internações involuntárias ou compulsórias – **como**

atestam, mais uma vez, os relatos colacionados ao item II-I.d.

As internações involuntárias e/ou compulsórias são de fato um problema recorrente para os atendidos da DPE no Município? Se sim, manter o parágrafo.

As internações psiquiátricas são instrumentos previstos, na própria Lei nº 10.261/2001, como alternativas terapêuticas para pessoas com transtornos mentais. Ocorre que o ponto nevrálgico da Reforma Psiquiátrica era, justamente, o de tirar o foco das internações, principalmente involuntárias e compulsórias, como opção terapêutica inicial e principal em tratamentos de saúde mental:

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.

A partir do novo modelo de atenção à saúde mental instaurado com a Reforma, então, as internações, que anteriormente eram usadas amplamente como forma de tratamento, adquirem um novo papel de **medidas extraordinárias, voltadas para o tratamento pontual de eventuais crises de abstinência, fases agudas dos transtornos mentais, surtos e outras situações emergenciais que não possam ser contidas apenas ambulatorialmente ou nos CAPS e que exijam, além de maior controle sobre as condutas do paciente, administração medicamentosa ou outras medidas de atenção intensiva.** Note-se que é justamente o caráter emergencial dessas situações o que justifica o afastamento da exigibilidade de voluntariedade do paciente no tratamento.

Note-se que, mesmo diante de situações emergenciais que eventualmente exijam internação, essa modalidade de tratamento demanda a observância de diversas formalidades, que permitirão (i) aferir a real necessidade dessa modalidade de intervenção; (ii) o devido acompanhamento do paciente enquanto durar a medida, e; (iii) a mínima duração possível da intervenção, respeitando tão somente o tempo necessário para estabilização da situação do paciente. A respeito do procedimento de internação psiquiátrica, cite-se novamente a Lei nº 10.216/2001:

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

(...)

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.

No tocante às internações, voluntárias ou involuntárias⁵⁹, relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, a Lei 11.343/2006 determina, em seu art. 23-A, que serão exceção – priorizando-se o tratamento ambulatorial –, ocorrerão em unidades de saúde e hospitais gerais, durarão no máximo 90 (noventa) dias, serão precedidas de pedido médico e deverão ser pautadas pela elaboração de plano individual de atendimento, sendo expressamente vedada a internação em comunidades terapêuticas:

Art. 23-A. O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com **prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais** nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social e em etapas que permitam:

I - articular a atenção com ações preventivas que atinjam toda a população;

II - orientar-se por protocolos técnicos predefinidos, baseados em evidências científicas, oferecendo atendimento individualizado ao usuário ou dependente de drogas com abordagem preventiva e, sempre que indicado, ambulatorial;

III - preparar para a reinserção social e econômica, respeitando as habilidades e projetos individuais por meio de programas que articulem educação, capacitação para o trabalho, esporte, cultura e acompanhamento individualizado; e

IV - acompanhar os resultados pelo SUS, Suas e Sisnad, de forma articulada.

§ 1º Caberá à União dispor sobre os protocolos técnicos de tratamento, em âmbito nacional.

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

§ 3º São considerados 2 (dois) tipos de internação:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas;

⁵⁹ Observe-se que a Lei de Drogas não admite a hipótese de internação compulsória, ou seja, a internação decorrente de ordem judicial. Na verdade, caso seja necessária a intervenção judicial nesses casos, dar-se-á mediante o atendimento de pedidos de obrigação de fazer perante o Estado, a fim de que seja disponibilizado o tratamento prescrito pelo(a) médico(a). A internação sempre é requisitada pelo próprio paciente ou, em situações muito específicas, por terceiro – familiar ou, na absoluta impossibilidade de contato ou inexistência, por servidor público.

II - internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, **a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública**, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida.

§ 4º A internação voluntária:

I - deverá ser precedida de declaração escrita da pessoa solicitante de que optou por este regime de tratamento;

II - seu término dar-se-á por determinação do médico responsável ou por solicitação escrita da pessoa que deseja interromper o tratamento.

§ 5º A internação involuntária:

I - deve ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável;

II - será indicada depois da avaliação sobre o tipo de droga utilizada, o padrão de uso e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde;

III - perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no **prazo máximo de 90 (noventa) dias**, tendo seu término determinado pelo médico responsável;

IV - a família ou o representante legal poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento.

§ 6º **A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.**

§ 7º **Todas as internações e altas de que trata esta Lei deverão ser informadas, em, no máximo, de 72 (setenta e duas) horas, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e a outros órgãos de fiscalização, por meio de sistema informatizado único, na forma do regulamento desta Lei.**

§ 8º É garantido o sigilo das informações disponíveis no sistema referido no § 7º e o acesso será permitido apenas às pessoas autorizadas a conhecê-las, sob pena de responsabilidade.

§ 9º **É vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras.**

§ 10. O planejamento e a execução do projeto terapêutico individual deverão observar, no que couber, o previsto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Cite-se, também, que o Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde traz uma série de detalhamentos relativos ao procedimento de internação involuntária (Título IV, arts. 64 e ss).

Todas essas limitações ao tratamento de transtornos mentais por internação indicam tanto a excepcionalidade da medida quanto a sua especificidade. A exigência de que

a necessidade da internação seja cancelada por um médico, por exemplo, demonstra que é pressuposto da internação a avaliação técnica da condição do paciente para determinar, precisamente, se ela é a modalidade terapêutica mais indicada. O tempo máximo de internação, por sua vez, indica que, mesmo quando necessária, não se trata de uma modalidade terapêutica voltada ao tratamento continuado do paciente.

De fato, ainda que necessária, a internação, em qualquer de suas modalidades, **não é capaz de oferecer toda a assistência necessária ao paciente**. Primeiramente, diga-se que o fluxo de encaminhamentos que desemboca na internação tem, frequentemente, início no atendimento do paciente e de seus familiares no equipamento de atendimento básico. A partir deste atendimento inicial, sendo necessário, o paciente poderá ser redirecionado para a internação. O CAPS, nesse contexto, **faz papel de mediador e de suporte para o devido encaminhamento de pacientes. Além disso, dado que a internação é temporária e não tem capacidade curativa, é imprescindível que se ofereça ao paciente de alta alguma alternativa para a continuidade do seu tratamento. O equipamento adequado para o acompanhamento de paciente estáveis, como já demonstrado, é justamente o CAPS**. Na sua ausência, o paciente em alta tende a ficar desamparado em seu tratamento – o que, além de caracterizar, em si, grave omissão do Poder Público e má gestão dos recursos investidos, também potencializa os riscos de recaída ou novo surto.

Conclui-se, pois, que a omissão da Municipalidade de XXXXXXXX e do Estado de São Paulo na devida implementação de CAPS no seu território tem duas graves consequências sobre a diretriz de voluntariedade do tratamento na atenção psicossocial, seja de pessoas com doenças mentais, seja de pessoas que necessitam de tratamento para o uso abusivo de substâncias psicoativas.

A primeira consequência óbvia é o estímulo indireto ao aumento no número de internações, como decorrência da não prestação de serviços básicos de atenção à saúde mental no território. Na ausência de alternativas terapêuticas, intensifica-se a busca das famílias por solução pela via da internação, especialmente nas suas modalidades involuntária e compulsória, como fica claro a partir dos relatos colhidos em atendimentos realizados pela Defensoria Pública. Essa tendência, além de não oferecer o devido suporte ao paciente, vai na contramão da Reforma Psiquiátrica, priorizando uma abordagem terapêutica que coíbe a autonomia do paciente e facilita seu isolamento e patologização.

Nesse ponto, mencione-se, ainda, que o aumento do número de internações significa, também, o aumento significativo de gastos da Administração com o tratamento de casos individuais. As internações compulsórias, segundo o quanto informado pela Secretaria Municipal de Saúde de XXXXXXXX em resposta aos ofícios enviados pela Defensoria Pública, custaram ao Município, em 2018,

R\$xxxxxxxxxx,xx. Tratam-se de gastos que, além de vultosos, não são devidamente planejados, uma vez que são determinados judicialmente e são, portanto, circunstanciais, não podendo ser previstos quando da elaboração do orçamento municipal. Ainda, a urgência no desembolso dos valores, quando da condenação do Poder Público, não permite que seja realizado, em seu devido tempo, processo licitatório, o que também seria um fator importante para que se abaixasse o custo dessas internações aos cofres públicos. Trata-se, então, de grande dispêndio com casos individuais, que poderia ser evitado (ou ao menos minimizado) com a implementação de rede básica de atenção à saúde mental no Município – medida que, além de mais efetiva, seria também menos onerosa aos cofres públicos.

Adaptar conforme a realidade do Município: esse dado de dispêndio com internações foi fornecido? Os valores justificam essa linha de argumentação, ou são irrisórios? Escrevi o parágrafo partindo do pressuposto de que a judicialização pedindo por internações é um problema generalizado nos Municípios.

Por fim, **a segunda consequência da omissão do Município na implementação de CAPS e outros equipamentos da RAPS é a intensificação direta dos sofrimentos de portadores de transtornos mentais e/ou pessoas com problemas decorrentes do abuso de substâncias.** O Poder Público, quando deixa de oferecer tratamento básico, tira dos pacientes a possibilidade de atingir uma estabilidade clínica e, ademais, permite que eventuais transtornos se intensifiquem e culminem, por exemplo, em surtos e/ou crises pós-uso. Sublinhe-se ainda que, em se verificando esse escalonamento de sintomas, o resultado final é, mais uma vez, o afastamento da voluntariedade dos pacientes no seu próprio tratamento, já que muitos dos pacientes em surto serão encaminhados à internação involuntária ou compulsória. Trata-se, então, de indução indireta de problemas na saúde dos pacientes por conta de deliberada omissão do Poder Público – **desembocando, em última análise, em uma situação em que a ausência de política pública retroalimenta o próprio problema que a política original deveria sanar.**

IV. d Da possibilidade de judicialização de políticas públicas

O presente feito tem como pano de fundo uma grave omissão da Administração na prestação de um serviço público essencial à garantia do direito fundamental à saúde. Se, por um lado, é indubitável que cabe ao Executivo, dentro do seu plano político pré-concebido e legitimado pelas urnas, traçar as diretrizes na condução da administração municipal, não menos verdadeira é a constatação de que não está ele imune ao controle político e jurídico exercido pelos destinatários do serviço público e pelo Judiciário, respectivamente. É certo ainda que o controle judicial de políticas públicas, que diz precipuamente com o controle da legalidade dos atos administrativos (comissivos ou omissivos), constitui o freio necessário para evitar que o Administrador Público fique livre para descumprir normas constitucionais e dispositivos legais, escudando-se unicamente na legitimação obtida pelo conjuntural sufrágio popular. Isso é verdade especificamente em se considerando o caso em discussão, em que os cidadãos de XXXXXXXXX vêm sendo sistemati-

camente privados de acesso a serviços que constituem o mínimo existencial para a sua digna subsistência.

O que se discute aqui não é uma mera escolha política do Município de XXXXXXXXXX e do Estado de São Paulo sobre como conduzir suas respectivas gestões, mas sim, a **grave violação da Constituição e de diversos dispositivos da legislação constitucional por parte destes atores políticos.**

Rememore-se que a Constituição Federal, ao definir a saúde como direito fundamental e, simultaneamente, ao garantir sua prestação universal, igualitária e integral, o faz justamente no sentido de impedir que escolhas políticas da Administração possam afastar a sua garantia a todos os cidadãos. No mesmo sentido, o Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017, ao estabelecer uma base territorial mínima para a implementação de CAPS, obriga também a Administração a seguir esses padrões como orientadores mínimos da política de atenção à saúde mental.

Fica claro, então, que o objeto desta ação não é a orientação da Administração sobre os serviços de saúde que devem ou não ser oferecidos à população. Esta orientação já foi devidamente estabelecida na legislação. O objeto do pleito é, em verdade, determinar que o Poder Público implemente tais políticas, já que elas já foram devidamente definidas em outras instâncias.

Note-se, ademais, que as próprias Administração Estadual e Municipal já se comprometeram previamente com a implementação das políticas legalmente previstas, ao aprovarem o Plano de Ação Regional para a expansão da RAPS na Região do Alto Tietê. Conforme detalhado no item III.b deste feito, **o Poder Executivo já havia, em 2012, traçado as metas e até mesmo os empenhos orçamentários relativos à implementação de equipamentos de atenção à saúde mental no Município de XXXX. Eventual procedência desta Ação Civil Pública, então, não faria mais do que determinar que o Município e o Estado cumpram com as obrigações por si há muito assumidas.**

Importante também frisar que a proposição de ação judicial se deu apenas depois de inúmeras tratativas da Defensoria com o Poder Público para que essa implementação ocorresse de maneira mais aberta e democrática, conforme amplamente descrito no item III.c acima. **A judicialização é, neste caso, a última via possível para garantir a promoção do pleno direito à saúde dos cidadãos de XXXXXXXXXX** – em cumprimento, inclusive, ao que determina o inc. XXXV do art. 5º da Constituição Federal.

Finalmente, de rigor retomarmos, brevemente, o julgamento, pelo Supremo Tribunal Federal, do agravo regimental no ARE 639.337, no qual a Corte decidiu pela manutenção de decisão que obrigava o Município de São Paulo a implementar creches em seu território. Nas palavras do Excelso Ministro Relator Celso de Mello:

É certo – tal como observei no exame da ADPF 45/DF, Rel. Min. CELSO DE MELLO (Informativo/STF nº 345/2004) – que não se inclui, ordinariamente, no âmbito das funções institucionais do Poder Judiciário – e nas desta Suprema Corte, em especial – a atribuição de formular e de implementar políticas públicas (JOSÉ CARLOS VIEIRA DE ANDRADE, “Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976”, p. 207, item n. 05, 1987, Almedina, Coimbra), pois, nesse domínio, o encargo reside, primariamente, nos Poderes Legislativo e Executivo.

Impende assinalar, contudo, que **tal incumbência poderá atribuir-se, embora excepcionalmente, ao Poder Judiciário, se e quando os órgãos estatais competentes, por descumprirem os encargos político-jurídicos que sobre eles incidem em caráter impositivo, vierem a comprometer, com tal comportamento, a eficácia e a integridade de direitos individuais e/ou coletivos impregnados de estatura constitucional, como sucede na espécie ora em exame**⁶⁰.

Veja-se, então, que mesmo em sede jurisprudencial, é amplamente aceita a intervenção do Judiciário para determinar que o Poder Público implemente determinadas políticas públicas, de forma a evitar graves violações a direitos fundamentais perpetradas pela negligência da Administração.

Conclui-se então que, neste caso, não há qualquer pertinência no potencial argumento, baseado no princípio da separação de poderes ou na reserva do possível, de que a via judicial não se mostraria adequada à solução do grave problema de omissão ora em disputa. Em se tratando de uma omissão da Administração Pública que (i) viola frontalmente direitos fundamentais definidos na Constituição; (ii) descumprir a legislação infraconstitucional, e; (iii) representa descumprimento com os compromissos assumidos pelo próprio Executivo em tempos pregressos, o presente pleito deixa de atentar ao princípio da separação dos poderes para, em verdade, promover um reequilíbrio na gestão pública.

V DO PLANO DE ESTRUTURAÇÃO DA RAPS E DA SUA IMPLEMENTAÇÃO

Diante do crítico quadro apresentado, pleiteia-se, com base nos imperativos constitucionais e legais aplicáveis, que as Administrações Municipal e Estadual atuem de maneira a mudar a situação de carência absoluta na atenção psicossocial em XXXXXXXXXX. Para tanto, faz-se necessário que o Município, Estado e seus respectivos gestores sejam compelidos a apresentar um plano de estruturação da RAPS no Município e, em uma segunda etapa, a implementar esse plano e disponibilizar o serviço público com dignidade aos cidadãos.

60 STF. AgR no ARE nº 639.337. 2ª Turma. Relator Ministro Celso de Mello. j. em 23/08/2011. DJe: 15/09/2011.

Essa estruturação deve englobar, no mínimo:

Adequar o pedido à realidade local, considerando o mapeamento dos equipamentos obrigatórios não instalados pela Municipalidade.

- I. **Implementação de um CAPS III**, sob regime de funcionamento contínuo, com capacidade para acolhimento noturno de pacientes e equipe suficiente para atender a demanda de até 40 pacientes por turno (conforme o §9º do art. 23 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017: 2 psiquiatras; 1 enfermeiro com experiência na área; 5 profissionais de nível superior com formações interdisciplinares, e; 8 profissionais de nível médio capacitados para trabalho na saúde)⁶¹;
- II. **Implementação de um CAPS AD (adulto) III**, sob regime de funcionamento contínuo, com capacidade para oferecer atenção integral aos pacientes, acolhimento noturno e integração com a rede municipal de atendimento de urgência em saúde, com equipe mínima de 60 horas de profissionais médicos, entre psiquiatras e clínicos; 1 enfermeiro com experiência na área; 5 profissionais de nível superior, com formações interdisciplinares; 4 técnicos de enfermagem, e; 4 profissionais de nível médio capacitados para trabalho na saúde. Devem ser observados, também, os parâmetros legais de infraestrutura mínima, cf. art. 34 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do MS⁶²;
- III. **Implementação de um CAPSi (infantil)**, sob regime de funcionamento de 10 a 13 horas diárias, com capacidade para oferecer atendimento integral aos pacientes e acolhimento por até 2 turnos de 4 horas. Deve contar com equipe mínima capaz de atender até 15 pacientes por turno, com limite máximo de 25 pacientes por dia (conforme o §14 do art. 23 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do MS, a equipe mínima deve ser composta de: 1 psiquiatra, neurologista ou pediatra especializado; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior, com formações interdisciplinares, e; 5 profissionais de nível médio capacitados para trabalho na saúde)⁶³;
- IV. **Implementação de uma Unidade de Acolhimento Adulto**, sob regime de funcionamento contínuo, com capacidade para acolher de 10 a 15 pacientes de uma vez. Deve contar com equipe condizente (conforme os arts. 46 e 47 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017, a equipe mínima deve ser composta de: 56 horas semanais de profissional da área da saúde, e; 2 profissionais de nível médio a todo tempo)⁶⁴;
- V. Implementação de uma Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, sob regime de funcionamento contínuo, com capacidade para acolher de 10 pacientes de uma vez. Deve contar com equipe condizente (conforme o art. 48 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017, a equipe mínima deve ser composta de: 56 horas

61 Maiores especificações sobre as características dos CAPS III podem ser encontradas nos §§7º a 11 do art. 23 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde.

62 Maiores especificações sobre as características dos CAPS AD III podem ser encontradas nos arts. 27 a 37 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde.

63 Maiores especificações sobre as características dos CAPSi podem ser encontradas nos §§12 a 14 do art. 23 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde.

64 Maiores especificações sobre as características das Unidades de Acolhimento Adulto podem ser encontradas nos arts. 45 a 47 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do MS.

semanais de profissional da área da saúde; 2 profissionais de nível médio a todo tempo, e; 40 horas semanais de profissional da área da educação)⁶⁵; e

VI. **Expansão da atual enfermagem psiquiátrica do Hospital Municipal de XXXX,**

com a implementação de xxxx novos leitos. Devem ser promovidas contratações de forma que a enfermagem conte com, no mínimo (segundo o art. 57 da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do MS, conforme redação dada pela Portaria nº 3.588/2017 da mesma pasta): 4 técnicos auxiliares de enfermagem por turno diurno e 3 técnicos auxiliares de enfermagem por turno noturno; 1 enfermeiro por turno; 2 profissionais de saúde mental, e; 1 médico psiquiatra.

Mudar conforme a realidade. Pelo inc. II do art. 56 da Portaria de Consolidação nº 3/2017, precisa existir uma enfermagem especializada para mais de 10 leitos. Caso essa enfermagem não exista, tem que pedir também a implementação.

Leitos necessários para totalizar em XXXX: 17.

VI DA ANTECIPAÇÃO DE TUTELA

Avaliar se de fato é necessário e decidir se mantém, se mantém nesses termos, etc.

Conforme demonstrado ao longo deste arrazoado, a omissão do Poder Público estadual e municipal em XXXX tem violado, sistematicamente, o direito à saúde da sua população hipossuficiente, causando prejuízos incalculáveis aos pacientes e suas respectivas famílias.

Diariamente, é negado o acesso de cidadãos vulneráveis a um tratamento digno das suas condições particulares – sejam elas transtornos mentais ou problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias –, em razão de uma clara negligência da Administração em cumprir com a Constituição e com a legislação de atenção psicossocial. Ademais, mesmo quando os pacientes conseguem de fato ter acesso a alguma modalidade de tratamento especializado, frequentemente acabam por ser internados, na falta de outras modalidades terapêuticas mais adequadas às suas condições, em uma violação direta ao princípio da voluntariedade do tratamento.

A ênfase dada à situação econômica dos usuários que procuram a Defensoria Pública não é descabida, pois, tivessem recursos financeiros, poderiam contratar profissionais que fariam o necessário diagnóstico e adotariam as medidas terapêuticas mais adequadas ao tratamento do paciente abastado.

A falta de tratamento para toda uma classe de pacientes com necessidades especiais de saúde resulta em evidentes riscos imediatos de danos à sua saúde e integridade física. Em última análise, trata-se de grave e direta afronta à sua dignidade humana e ao seu próprio direito à vida. **É flagrante, pois, a fumaça do bom direito que emana da tese ora sustentada,** não só à luz dos preceitos constitucionais que conferem ao cidadão o direito a receber serviços públicos adequados, eficientes e segu-

65 Maiores especificações sobre as características das Unidades de Acolhimento Adulto podem ser encontradas no art. 48 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do MS

ros, mas também das leis nacionais que tratam da atenção psicossocial. De outro lado, **é evidente, também, que a demora de um provimento jurisdicional definitivo acerca da matéria em exame implica perigo de dano irreversível aos cidadãos de XXXX – danos esses que, em muita medida, já se perpetraram –, considerando os efeitos nefastos que a sistemática falta de tratamento de saúde causa sobre os pacientes** (e, particularmente, sobre os pacientes portadores de transtornos mentais ou com sofrimento decorrente do abuso de substâncias, considerando que a ausência de tratamento culmina, com frequência, em surtos e/ou crises agudas).

Ademais, a reversibilidade da tutela antecipada pleiteada é garantida. Afinal, caso o D. Julgador, em fase mais aprofundada da instrução, entenda não haver *periculum in mora* e *fumus boni iuris*, bastará determinar que a forma de tratamento ora postulada seja suspensa.

Preenchidos os requisitos para a tutela de urgência, REQUER a Defensoria Pública do Estado de São Paulo acolha este R. Juízo o presente pedido de mandado liminar, na forma do artigo 12 da Lei nº 7.347/85, para determinar as seguintes providências:

I. **A apresentação, no prazo de 30 (trinta) dias, de um Plano de Estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de XXXX**, plano este que deverá conter os elementos mínimos descritos no item V desta petição;

II. A adoção imediata pelo Poder Público municipal, em todos os casos que surgirem no curso da ação, dos procedimentos terapêuticos estabelecidos na Lei nº 10.216/2001, no Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017 do MS, bem como nas demais legislações atinentes, para que se observem os devidos métodos nos encaminhamentos de

pacientes carentes de atenção psicossocial. **Enquanto não for provida a presente ação, o equipamento de saúde municipal atualmente disponível deve responsabilizar-se pelas providências necessárias à efetivação do tratamento indicado na avaliação médica, incluindo o suporte necessário à família do paciente; e**

Complementar de acordo com o equipamento municipal disponível de pronto.

III. Que, em caso de constatação de necessidade de internação, sejam tomadas, pelo equipamento da rede pública, as providências técnicas e operacionais necessárias à efetivação das medidas, nos termos da legislação supracitada.

VII DOS PEDIDOS

Por todo o acima exposto, requer-se a este Exmo. Juízo, com expectativa de total provimento, o seguinte:

- I. **A concessão da medida liminar pleiteada no item VI supra**, contemplando os itens I a III ali formulados, **com fixação de multa diária de R\$10.000,00 (dez mil reais) pelo descumprimento de qualquer um deles**, sem prejuízo da determinação de outras medidas voltadas à efetivação da liminar;
- II. A intimação e citação dos réus para, querendo, contestarem a presente ação, sob pena de revelia, sendo presumidos como verdadeiros os fatos aqui alegados;
- III. Que, após os demais trâmites processuais, seja finalmente **julgada procedente a pretensão deduzida na presente ação** para determinar aos requeridos que garantam integralmente o direito à saúde dos cidadãos de XXXX, mediante a efetiva e objetiva **elaboração e implementação de um Plano de Estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), observando os elementos mínimos descritos no item V desta petição, tudo sob pena de multa diária de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) em caso de descumprimento;**
- IV. Que sejam os requeridos condenados nos honorários sucumbenciais em favor do Fundo da Escola da Defensoria Pública do Estado – FUNDEPE;
- V. A intimação do Ministério Público para atuar como custos legis e, entendendo cabível, extrair as cópias necessárias para apurar possível improbidade administrativa decorrente da omissão estadual e municipal na implementação da RAPS no Município de XXXXXXXX, bem como dos danos ao erário dela decorrentes, nos termos descritos nesta peça.

Pretende-se produzir provas utilizando-se de todos os meios em direito admitidos, com especial atenção à prova testemunhal, por depoimento pessoal dos representantes legais dos réus, bem como por provas documentais ou periciais superveniente, sem prejuízo da inversão do ônus da prova.

Por oportuno, salientam-se as prerrogativas dos membros da Defensoria Pública do Estado de contagem em dobro de todos os prazos processuais, bem como de intimação pessoal de todos os atos e termos do processo, nos termos dos artigos 186 do Código de Processo Civil, 128 da Lei Complementar n. 80/94 e 162 da Lei Complementar Estadual n. 988/06. Atribui-se à causa, ainda que de valor inestimável, o valor simbólico de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).

Termos em que pede deferimento.

XXXXXXXXXX, xxxxxxxxxxxxxxxx de 2019

Defensor(a) Público(a)

Unidade de XXXXXXXX



DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Núcleo Especializado de
Cidadania e 
Direitos Humanos



Núcleo Especializado dos
Direitos da Pessoa Idosa e
da Pessoa com Deficiência