



UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

TÁSSIA DOS ANJOS ANDRADE

**O COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA NA SAÚDE MENTAL: UM
INSTRUMENTO FACILITADOR PARA A CONCRETIZAÇÃO DA POLÍTICA DE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

SANTOS / SP

2019

TÁSSIA DOS ANJOS ANDRADE

**O COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA NA SAÚDE MENTAL: UM
INSTRUMENTO FACILITADOR PARA A CONCRETIZAÇÃO DA POLÍTICA DE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. Fernando Reverendo Vidal Akaoui.

SANTOS / SP

2019

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

ANDRADE, Tássia dos Anjos.

O compromisso de ajustamento de conduta na saúde mental: um instrumento facilitador para a concretização da política de desinstitucionalização. Tássia dos Anjos Andrade. – 2019. 151 f.

Orientador: Fernando Reverendo Vidal Akaoui.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Santa Cecília, Programa de Pós-Graduação em Direito da saúde, Santos, SP, 2019.

1. Saúde Mental. 2. Políticas públicas. 3. Desinstitucionalização. 4 Compromisso de ajustamento de conduta. 5 Satisfação de direitos.
I. AKAOUI, Fernando Reverendo Vidal. II. Título.

TÁSSIA DOS ANJOS ANDRADE

**O COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA NA SAÚDE
MENTAL: UM INSTRUMENTO FACILITADOR PARA A CONCRETIZAÇÃO DA
POLÍTICA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Dissertação submetida ao corpo docente
do Programa de Pós-Graduação em
Direito da Saúde da Universidade Santa
Cecília.

Data de aprovação:
____/____/2019.

BANCA EXAMINADORA:

Professor Dr. Fernando Reverendo Vidal Akaoui (Orientador) – UNISANTA

Profa. Dr. Marcelo Lamy – UNISANTA

Prof. Dr. Vidal Serrano Nunes Júnior – PUC-SP

SANTOS / SP
2019

ANDRADE, Tássia dos Anjos. **O compromisso de ajustamento de conduta na saúde mental: um instrumento facilitador para a concretização da política de desinstitucionalização.** 2019. 151 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde. Universidade Santa Cecília: Santos/SP, 2019.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar a utilização do compromisso de ajustamento de conduta na promoção da saúde mental e na efetivação das políticas públicas afetas à desinstitucionalização. Para tanto, a pesquisa constituiu-se de revisão bibliográfica e documental, com busca sistemática de conceitos, evolução histórica do processo de desinstitucionalização e estudo de dados acerca do estágio atual da implantação das ações e serviços de saúde mental, a partir da estruturação imposta pelo Ministério da Saúde em atos regulamentares próprios. Analisou-se também a situação da judicialização da saúde no país a fim de correlacionar com a necessidade de priorização da utilização de meios extrajudiciais de tutela do direito fundamental à saúde. A partir da análise da literatura e da análise documental puderam ser capturados os principais elementos do processo atual de desinstitucionalização e apontadas as fragilidades encontradas. O recorte geográfico foi o município de Maceió, com o aprofundamento do estudo da situação atual da política de saúde mental na referida unidade federativa, bem como o estudo da efetividade dos meios utilizados pelo Ministério Público e Defensoria Pública para implantação de parte dos serviços componentes da rede de saúde mental local. Os resultados apresentados contribuem para demonstrar a necessidade de utilização de medidas mais efetivas de tutela do direito à saúde mental, priorizando-se a autocomposição dos conflitos, dentre as quais o compromisso de ajustamento de conduta se insere como mecanismo dotado de exeqüibilidade, a fim de propiciar a satisfação dos direitos de forma mais célere e favorecer o processo de desinstitucionalização.

Palavras-chave: Saúde Mental. Políticas públicas. Desinstitucionalização. Compromisso de ajustamento de conduta. Satisfação dos direitos.

ANDRADE, Tássia dos Anjos. **O compromisso de ajustamento de conduta na saúde mental: um instrumento facilitador para a concretização da política de desinstitucionalização**. 2019. 151 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde. Universidade Santa Cecília: Santos/SP, 2019.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the use of the term of adjustment of conduct in the promotion of mental health and in the effectiveness of public policies of attention to deinstitutionalization. In order to do that, the research consisted in bibliographical and documentary revision, with the systematic search of concepts, historic evolution of the process of deinstitutionalization and a study about the data of the current stage of the implantation of actions and services of mental health, considering the structure imposed by the Health Ministry in its own regulatory acts. The situation of the judicialization of health in the country was also analyzed with the view to correlate with the priority of the use of extrajudicial means of protection of the fundamental right to health. From the analysis of the literature and the documents, the main elements of the deinstitutionalization process could be captured and fragilities could be found and shown. The geographic cut was the municipality of Maceió, where it was made the deepening of the study of the current mental health policy as well the study of the effectiveness of the means used by the Public Ministry and the Public Defender for the implementation of the assistance services of the city local mental health network. The results of its application contribute to demonstrate the need to use more effective measures to safeguard the right to mental health, prioritizing the self-composition of conflicts, among which is inserted the term of adjustment of conduct as an executable mechanism with the intention to facilitate the fulfillment of the rights in a faster way and to favor the process of deinstitutionalization.

Keywords: Mental health. Public policy. Deinstitutionalization. Term of adjustment of conduct. Satisfaction of rights.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Número de equipes de saúde mental na Atenção Básica nos municípios brasileiros	52
Quadro 2 – Número de instalações de CAPS a partir de 2006.....	54
Quadro 3 – Distribuição de CAPS por município elegível (ME) e nº de municípios com CAPS Habilitado por Unidade Federada	56
Quadro 4 – Número de unidades de acolhimento instaladas nos Estados brasileiros	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantitativo de serviços hospitalares de referência com leitos de saúde mental habilitados.....	62
--	----

LISTA DE SIGLAS

ACP	Ação Civil Pública
AC	Acre
ADI	Ação Declaratória de Inconstitucionalidade
AI	Agravo de Instrumento
AL	Alagoas
BA	Bahia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CE	Ceará
CONAMP	Confederação Nacional do Ministério Público
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DF	Distrito Federal
DPE	Defensoria Pública do Estado
EC	Emenda Constitucional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICP	Inquérito Civil Público
ME	Município Elegível
MG	Minas Gerais
MPE	Ministério Público do Estado
MPEAL	Ministério Público do Estado de Alagoas
MPESP	Ministério Público do Estado de São Paulo
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio às equipes de Saúde da Família
NCPC	Novo Código Processual Civil
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PB	Paraíba
PE	Pernambuco
PI	Piauí

PR	Paraná
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REsp	Recurso Especial
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SE	Sergipe
SP	São Paulo
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade Federativa
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	14
1	AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	17
1.1	CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	17
1.2	A SAÚDE ENQUANTO DIREITO SOCIAL: BREVES APONTAMENTOS.....	18
1.3	AFINAL, O QUE É SAÚDE? EXISTE UM CONCEITO IDEAL?.....	21
1.4	PROTEÇÃO NORMATIVA: O DIREITO À SAÚDE PARA ALÉM DAS FRONTEIRAS E O PANORAMA CONSTITUCIONAL ATUAL	23
1.5	SAÚDE E ASSISTÊNCIA À SAÚDE: O MODELO INVEJÁVEL DO SUS.....	30
1.6	AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	34
1.6.1	Políticas Públicas: noções gerais.....	34
1.6.2	O tratamento inicial dispensado ao portador de transtorno mental e “institucionalização” do paciente.....	37
1.6.3	Reforma Psiquiátrica: reflexos do movimento no aspecto normativo.....	41
1.6.4	A desinstitucionalização e a promoção de sociabilidade	44
1.6.5	Estrutura atual: o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial e os necessários melhoramentos	48
1.6.5.1	Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica.....	50
1.6.5.2	Atenção Psicossocial Estratégica.....	52
1.6.5.3	Atenção Residencial de Caráter Transitório.....	58
1.6.5.4	Atenção Hospitalar.....	61
1.6.5.5	Estratégias de desinstitucionalização.....	62
1.6.5.6	Reabilitação psicossocial	65
1.7	DIFICULDADES PRÁTICAS: UM ESTUDO NECESSÁRIO PARA O APRIMORAMENTO DO SISTEMA	66
2	COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA E SEUS PRINCIPAIS ASPECTOS.....	69
2.1	ASPECTOS RELATIVOS À FORMALIZAÇÃO	69
2.1.1	Origem.....	69

2.1.2	Aspectos Conceituais.....	72
2.1.3	Conformação normativa.....	75
2.1.4	Partes legitimadas.....	80
2.1.5	Objeto do compromisso de ajustamento de conduta.....	87
2.1.6	Eficácia.....	93
2.1.7	Controle e possíveis sanções.....	96
2.2	ASPECTOS TELEOLÓGICOS/ FINALÍSTICOS.....	97
3	O COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA ENQUANTO INSTRUMENTO FACILITADOR PARA A POLÍTICA NACIONAL DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	101
3.1	CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	101
3.2	A SAÚDE MENTAL E A PROTEÇÃO JUDICIAL – O QUE DIZEM OS NÚMEROS HOJE E O QUE ESTÃO POR DIZER?.....	101
3.3	COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA PARA FINS DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: OS IMPACTOS DA RESOLUÇÃO NEGOCIADA.....	104
3.4	O COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: DA ADEQUAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	111
3.5	A EXPERIÊNCIA EM MACEIÓ: POR QUE FALTA TANTO?.....	119
3.5.1	A tutela via ação judicial e a necessária comparação com a resolução do conflito via compromisso de ajustamento de conduta.....	126
3.6	COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA NA SAÚDE MENTAL - UMA ALTERNATIVA NÃO APENAS POSSÍVEL, MAS VIÁVEL. COMO PODEMOS AVANÇAR?.....	135
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
	REFERÊNCIAS.....	142

INTRODUÇÃO

A saúde mental, enquanto campo específico do direito à saúde destinado a políticas públicas próprias, atravessa um contínuo processo de transformação. Historicamente, os portadores de transtornos mentais eram alijados do convívio social e mantidos em instituições asilares em total reclusão. Com o tempo, referida prática passou a ser objeto de questionamento em todo o mundo, após constatação da ineficácia do tratamento dispensado aos doentes e da ocorrência de maus tratos nas dependências de hospitais psiquiátricos, em clara situação de violação de direitos fundamentais.

Com a Reforma Psiquiátrica, operada, a nível nacional, a partir da década de 1970, o Brasil seguiu os passos dos demais países para adoção de um novo modelo de cuidado baseado na desospitalização, na humanização do tratamento e na desconstrução de conceitos, remetendo à sociedade a discussão da loucura e da doença mental (AMARANTE, 2014, p. 81). Nasciam, assim, as primeiras experiências de desinstitucionalização no país.

Amorim e Dimenstein esclarecem que a desinstitucionalização é entendida como a desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas e, sob essa perspectiva, fundamentam o movimento da Reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira, inspirada na psiquiatria democrática italiana (2018, p. 147).

Como não poderia ser diferente, o fenômeno impulsionou a produção normativa pátria e, após longa tramitação de um projeto de lei para regular o tema, foi publicada a Lei nº 10.216/2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). A partir do referido marco regulatório, inúmeras normas (leis, decretos e portarias) foram publicadas com a finalidade de implantar uma política de desinstitucionalização no país.

Atualmente, esta política está organizada de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088/2011, que estabelece a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS. A RAPS foi instituída em grande parte dos municípios brasileiros, mediante atuação cooperativa e regionalizada com os demais entes, embora o foco seja a municipalização do cuidado, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Com esse panorama, ao analisar os dados da efetiva implementação dos serviços componentes da RAPS na política de saúde mental brasileira, através do estudo do último boletim “Saúde Mental em Dados-12” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), bem como dados divulgados em 2017 pelo Ministério da Saúde, verificamos que, embora tenha havido expressiva evolução, o cenário ainda se encontra aquém das reais necessidades dos usuários e dos objetivos traçados nas normas legais e nas estratégias que compõem a RAPS.

Frente às deficiências verificadas, o presente estudo pretende examinar a viabilidade jurídica e prática da utilização de um meio efetivo de autocomposição de conflitos para solucionar, ou a menos amenizar, a situação de ineficiência das políticas públicas de saúde mental. Bem por isso, busca-se uma forma célere e efetiva de tutela do direito fundamental à saúde mental, apartada das medidas judiciais em virtude dos entraves que lhes são próprios. Tomamos assim, como ponto principal do estudo questionar a utilização do compromisso de ajustamento de conduta como instrumento hábil e mais vantajoso à implementação e consolidação das ações e serviços de saúde mental que promovam a política de desinstitucionalização.

A pesquisa está dividida em três partes. Antes, porém, de expor a contextualização da problemática, fizemos um breve estudo acerca do direito à saúde enquanto direito fundamental social, seu cerne no cenário da internacionalização dos direitos humanos e dos direitos fundamentais constitucionais, assim como a inclusão da saúde mental enquanto parte indissociável deste âmbito de proteção.

Passadas as noções iniciais, expomos a problemática incursionando sobre a disposição da loucura na sociedade, o percurso da institucionalização no Brasil e o contexto sob o qual se fundou o processo de desinstitucionalização. Após, apresentamos o estágio atual de desenvolvimento da RAPS, os serviços dela componentes, a evolução da implantação de cada ramo nas diferentes regiões brasileiras e as dificuldades práticas encontradas nesse cenário.

Com esse espectro, partimos ao estudo do regramento atinente ao compromisso de ajustamento de conduta enquanto instrumento apto a tutelar direitos transindividuais, dos quais faz parte o direito à saúde, analisando suas características, suas vantagens e disposições legais específicas. Feito isso, e amplamente teorizado o instituto jurídico em estudo, passamos à análise da

viabilidade de sua celebração para o fim de auxiliar a política de saúde mental e dar continuidade ao processo de desinstitucionalização.

Para tanto, analisamos brevemente a atual situação da judicialização da saúde no Brasil, a partir do boletim “Justiça em Números” publicado pelo Conselho Nacional de Justiça (2018), atentando, especialmente, para os números da judicialização da saúde mental. Buscamos relacionar os dados encontrados com a necessidade de priorização de medidas extrajudiciais para tutela do direito à saúde.

Em continuidade, examinamos a adequação do compromisso de ajustamento de conduta frente às fragilidades encontradas na consolidação da política de desinstitucionalização. Examinamos, através de recorte geográfico, a situação das políticas públicas de saúde mental no município de Maceió e analisamos duas ações civis públicas, instauradas pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública, que tiveram como objeto a implantação de serviços componentes da RAPS na referida unidade federativa, a fim de perquirir a efetividade prática das medidas.

Por fim, tentamos traçar medidas úteis para serem adotadas quando da celebração do compromisso de ajustamento de conduta, a fim de contribuir com o aprimoramento das políticas públicas de saúde mental e com a efetivação do processo de desinstitucionalização.

1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Antes de adentrar, propriamente, no campo da saúde mental e, por conseguinte, no estudo das políticas públicas de desinstitucionalização, mostra-se oportuna uma breve análise acerca do direito à saúde e sua consagração no campo dos direitos humanos.

Registre-se que os apontamentos a seguir explanados não têm a pretensão de incursionar com profundidade na perspectiva histórica do surgimento dos direitos humanos, mas tão somente expor o contexto que culminou no reconhecimento dessa categoria de direitos, dentre os quais se insere o direito da saúde.

O caminho evolutivo percorrido passa necessariamente pelo reconhecimento formal dos direitos humanos enquanto patrimônio de cada indivíduo, isoladamente considerado e, ao mesmo tempo, parte componente da coletividade.

Como de praxe, nenhuma norma floresce do acaso. O surgimento de um direito é fruto de um processo social, normalmente marcado por conflitos de interesses que culminam na necessidade de uma regulamentação específica. O contexto social, dinâmico e complexo por natureza, está em constante evolução e, bem por isso, demanda progressivas mudanças.

As mudanças ocorridas no mundo dos fatos, não raramente, são transpostas ao mundo jurídico para fins regulatórios. A evolução social caminha num imbricado itinerário entre fato e norma. O direito, justamente por regular a vida em sociedade, com toda complexidade que a cerca, não é estático – está em constante movimento a fim de promover as readequações necessárias à realidade que se cria e se recria com a passagem do tempo.

A luta pelo reconhecimento dos direitos humanos – dentre os quais figura o direito à saúde – não fugiu desse cenário. O contexto em que emergiram tais direitos era marcado pelo enfrentamento à opressão e pela busca ao bem-estar do indivíduo, mediante a canalização de ideais de justiça, igualdade e liberdade. Em decorrência desses anseios, especialmente no período posterior à Segunda Guerra Mundial, marcado por flagrantes violações de direitos, foram reconhecidos como patrimônio de todos os indivíduos.

Para ser titular, basta a condição de pessoa. Sob essa perspectiva, o ser humano passa a ser visto como um ser dotado de unicidade existencial e dignidade, esta intrínseca à própria condição humana (PIOVESAN, 2012, p. 81).

A proteção global dos direitos humanos (civis e políticos, bem como os direitos sociais, culturais e econômicos) implicou no maior compromisso de regulamentação destes direitos no campo nacional e a adoção de mecanismos para a efetiva implementação. Especificamente no tocante ao direito à saúde, nota-se sua previsão em tratados internacionais e declarações de direitos específicos, demonstrando, assim, a efetiva preocupação, a nível mundial, com um direito basilar à própria existência humana.

Tendo, portanto, como premissa o direito à saúde e sua conformação no mundo jurídico – essencial à compreensão da saúde mental, passaremos então à explanação das políticas públicas de saúde mental e os desdobramentos afetos à desinstitucionalização.

1.2 A SAÚDE ENQUANTO DIREITO SOCIAL: BREVES APONTAMENTOS

O nascimento da saúde, enquanto direito, teve como mola propulsora os movimentos sociais que culminaram no reconhecimento e consolidação dos direitos humanos. Os direitos fundamentais – direitos humanos por natureza¹ –, incorporados hodiernamente ao catálogo de direitos pertencentes aos cidadãos, constituem patrimônio de toda pessoa e são ínsitos à própria dignidade humana.

O reconhecimento internacional dessa categoria de direitos acabou por contribuir para uma maior proteção também a nível nacional. Essa tendência, seguida por muitos países latino-americanos, é vista com clareza na Constituição da

¹ A despeito da diferenciação entre as expressões “direitos humanos” e “direitos fundamentais”, Marinoni, Mitidiero e Sarlet (2017, p. 332) esclarecem: “Se não há dúvida que os direitos fundamentais, de certa forma, são também sempre direitos humanos, no sentido de que seu titular sempre será o ser humano, ainda que representado por entes coletivos (grupos, povos, nações, Estado), também é certo que não é esse o motivo pelo qual a distinção se faz necessária, ainda mais no contexto do direito constitucional positivo. De acordo com o critério aqui adotado, o termo “direitos fundamentais” se aplica àqueles direitos (em geral atribuídos à pessoa humana) reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, ao passo que a expressão “direitos humanos” guarda relação com os documentos de direito internacional, por referir-se àquelas posições jurídicas que se reconhecem ao ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional, e que, portanto, aspiram à validade universal, para todos os povos e em todos os lugares, de tal sorte que revelam um caráter supranacional (internacional) e universal.”

Registre-se que, como destacam os autores, parte da doutrina ainda utiliza as expressões como sinônimas.

República Federativa do Brasil de 1988. Flávia Piovesan (2013, p. 90), ao dissertar sobre o tema, aduz que

[...] a sistemática constitucional introduzida pela Carta brasileira de 1988 se situa num contexto em que inúmeras Constituições latino-americanas buscam dispensar aos preceitos constantes dos tratados internacionais de direitos humanos uma natureza jurídica privilegiada.

Com a passagem para o chamado constitucionalismo social e as novas preocupações advindas deste movimento, novos direitos passaram a ser exigidos do poder estatal. Diferentemente do constitucionalismo liberal, que se baseava na ideia da proteção aos direitos fundamentais através da limitação dos poderes estatais, o constitucionalismo social surgiu de uma preocupação diferente. Com o avanço do processo de industrialização ocorrido no final do século XIX na Europa Ocidental, o Estado absenteísta não foi capaz de equacionar as distorções e desigualdades geradas por aquele modelo, fundado nos chamados direitos negativos (SOUZA NETO e SARMENTO, 2016, p. 82).

Os movimentos reivindicatórios dos trabalhadores e de outras classes excluídas ocasionaram progressiva mudança no papel estatal. O Estado do bem-estar social passou a ser pautado numa postura ativa do poder público, que buscava corrigir as distorções verificadas no seio social e promover a igualdade material. Assim, passou a intervir na seara econômica, a incorporar funções ligadas à prestação de serviços públicos, a flexibilizar a propriedade privada para cumprimento da função social e passou a implantar políticas públicas redistributivas, com o fim de dar acesso às camadas mais pobres a serviços como saúde, educação e previdência social (SOUZA NETO e SARMENTO, 2016, p. 83).

Bonavides (2007, p. 186), ao se debruçar sobre o estudo do Estado Social, aponta as seguintes peculiaridades:

Quando o Estado, coagido pela pressão das massas, pelas reivindicações que a impaciência do quarto estado faz ao poder político, confere, no Estado constitucional ou fora deste, os direitos do trabalho, da previdência, da educação, intervém na economia como distribuidor, dita o salário, manipula a moeda, regula os preços, combate o desemprego, protege os enfermos, dá ao trabalhador e ao burocrata casa própria, controla as profissões, compra a produção, financia as exportações, concede crédito, institui comissões de abastecimento, provê necessidades individuais, enfrenta crises econômicas, coloca na sociedade todas as classes na mais estreita dependência de seu poderio econômico, político e social, em suma, estende sua influência a quase todos os domínios que dantes pertenciam, em grande parte, à área de iniciativa individual, nesse instante o Estado pode, com justiça, receber a denominação de Estado social.

Complementa o autor:

O Estado social que temos em vista é o que se acha contido juridicamente no constitucionalismo democrático. Alcançá-lo, já foi difícil; conservá-lo, parece quase impossível. E, no entanto, é o Estado a que damos, do ponto de vista doutrinário, valoração máxima e essencial, por afigurar-se-nos aquele que busca realmente, como Estado de coordenação e colaboração, amortecer a luta de classe e promover, entre os homens, a justiça social, a paz econômica (BONAVIDES, 2007, p. 186).

As demandas sociais, portanto, figuraram como pontos cruciais para a passagem do Estado liberal ao Estado social, que passou a ter papel ativo e intervencionista com o objetivo de promover a justiça social. O bem-estar social passou a figurar preocupação constante, ante a constatação da ineficiência que o modelo não intervencionista acabou por gerar em determinadas camadas da sociedade.

Nesse contexto, os direitos foram avolumados nos textos constitucionais, verificando patente a necessidade de prestações positivas do Estado para a devida concretização. Os chamados direitos sociais, que demandam atuação material estatal, passaram a ser concebidos em algumas constituições – umas mais que outras – a fim de regular temas como saúde, educação, trabalho, moradia, entre outros. Sem dispensar os direitos negativos anteriormente conquistados, referidos textos passaram a regular temas até então pouco explorados, visto que fora do campo básico afeto à estrutura do Estado e a liberdades negativas.

Nos dizeres de Marinoni, Mitidiero e Sarlet (2017, p. 342), os direitos sociais são previstos como instrumentos aptos a promover, ou, ao menos, tentar promover, a igualdade material entre pessoas e as camadas sociais, flagradas tão distintas durante o modelo liberal:

Tais direitos fundamentais, que embrionária e isoladamente já haviam sido contemplados nas Constituições francesas de 1793 e 1848, na Constituição brasileira de 1824 e na Constituição alemã de 1849 (que não chegou a entrar efetivamente em vigor), caracterizam-se, ainda hoje, por assegurarem ao indivíduo direitos a prestações sociais por parte do Estado, tais como prestações de assistência social, saúde, educação, trabalho etc., revelando uma transição das liberdades formais abstratas para as liberdades materiais concretas, utilizando-se a formulação preferida na doutrina francesa. É, contudo, no século XX, de modo especial nas constituições do segundo pós-guerra, que estes novos direitos fundamentais acabaram sendo consagrados em um número significativo de constituições, além de constituírem o objeto de diversos pactos internacionais. Como oportunamente observa Paulo Bonavides, esses direitos fundamentais, é possível exprimir, “nasceram abraçados ao princípio da igualdade”, compreendido em sentido material e não meramente formal.

Dentro desse contexto surgiu o direito à saúde, que teve seu berço no período de transição do Estado liberal para o Estado social. E, na condição de direito fundamental social, demanda prestações estatais materiais para a devida concretização.

Atualmente, o direito à saúde, do ponto de vista normativo, é regulado em tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, na Constituição da República Federativa do Brasil, em leis infraconstitucionais esparsas e em atos normativos infralegais (nas duas últimas hipóteses a regulação ocorre principalmente para planejamento das políticas públicas correlatas à área).

Do ponto de vista da concretude, o direito à saúde demanda, para seu cumprimento, a elaboração e implementação de políticas públicas, a devida aplicação dos recursos orçamentários a ele destinados e a escolha mais acertada para o planejamento estatal. Em que pese a existência de normas garantidoras desse direito, veremos no decorrer deste estudo que a eficácia social das normas a ele afetas ainda deixa a desejar. A saúde pública, embora lastreada num modelo digno de exemplo para os demais países, é disponibilizada de maneira deficitária e não consegue cumprir, na prática, os princípios sob os quais se fundou.

1.3 AFINAL, O QUE É SAÚDE? EXISTE UM CONCEITO IDEAL?

Precisar um conceito de saúde constitui tarefa um tanto dificultosa. Desde Hipócrates, filósofo grego que viveu no século IV a.c., a temática gera reflexões por parte dos estudiosos. No decorrer dos séculos, o debate não cessou e muito se construiu a esse respeito, a exemplo da influência de fatores como ambiente de trabalho, modo de vida e ambiente externo, bem como outras condições sociais associadas à tentativa de formulação de um conceito. Nesse sentido, destaca Dallari (1988, p. 57):

O ambiente social do fim do século passado e primeira metade do século XX, auge da Revolução Industrial, propiciou o debate entre as duas grandes correntes que buscaram conceituar a saúde. De um lado, grupos marginais ao processo de produção que viviam em condições de vida miseráveis, enfatizavam a compreensão da saúde como diretamente dependente de variáveis relacionadas ao meio ambiente, ao trabalho, à alimentação e à moradia. A incidência de tuberculose, por exemplo, era acentuadamente mais elevada nas camadas sociais com menos renda. Por outro lado, a descoberta dos germes causadores de doença e seu subsequente

isolamento, que possibilitou o desenvolvimento de remédios específicos, falava a favor da conceituação da saúde como ausência de doenças.

Popularmente, o termo é utilizado como a condição saudável apresentada por determinado indivíduo, aliada à ausência de doenças. Semanticamente, constitui “estado do organismo que está em equilíbrio com o ambiente, mantendo as condições necessárias para dar continuidade à vida; estado habitual de equilíbrio mental, físico e psicológico; condição de são, de quem está saudável: boa saúde; demonstração de força, vigor, robustez” (DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS).

Tecnicamente, no entanto, o conceito não denota toda essa simplicidade. No campo jurídico, em relação especificamente ao direito à saúde, da mesma forma, não foi tão simples se estabelecer um conceito. Algumas normas o fizeram, enquanto outras optaram por traçar diretrizes e metas para sua concretização no plano fático.

Na tentativa de expressar uma definição para o termo “saúde”, Naomar de Almeida Filho (2011) destaca o reconhecimento de várias facetas do conceito, que pode ser visto como fenômeno – função orgânica, estado vital individual ou situação social; como metáfora – construção cultural verificada numa sociedade; como medida – visualizada através da avaliação do estado de saúde, de indicadores demográficos e epidemiológicos; como valor – vistos como serviços, atos e procedimentos regulados na forma de mercadoria e como serviço público, direito social ou bem comum; como práxis – conjunto de atos sociais de cuidado e atenção a necessidades e carências de saúde e qualidade de vida, conformadas em campos e subcampos de saberes e práticas institucionalmente regulados.

Catão (2011, p. 140) destaca que, etimologicamente, a palavra “saúde” deriva do latim *salus*, que reporta a *são*, *inteiro*, *salvo*. Nessa perspectiva, a saúde deve ser vista como integridade, como um total, como um atributo da condição humana. Complementa o autor:

Realmente, no decorrer do tempo, o estado de higidez tem sido exteriorizado de vários modos: ausência de doença; bem-estar biológico, psicológico e social; realização de potencialidade etc.; mas todos eles sempre procurando um valor ideal. Dessa forma, a saúde, como condição fundamental ao desenvolvimento dos seres humanos, é interdependente das relações da convivência social historicamente determinada pela linguagem, política, técnica, processos econômicos e padrões de consumo. Então, a higidez é presidida por uma lógica complexa, que considera os fatos da natureza e da sociedade, como também reconhece os ideais de

busca da plenitude, da beleza, do gozo e da dignidade humana. (CATÃO, 2011, p. 141).

A saúde, pois, deve ser vista num contexto amplo, no qual muitos aspectos devem ser considerados. Seu estudo demanda, além dos fundamentos conceituais, fundamentos programáticos, orçamentários, sociais e políticos, no intuito de se obter uma visão abrangente e eficaz. A saúde, enquanto condição, tem total influência no direito à saúde, de modo que este decorre daquela.

Definida no preâmbulo da Constituição da OMS em 1946, a saúde é delineada como o bem-estar completo do indivíduo, do ponto de vista físico, mental e social. Na Constituição da República Federativa do Brasil, por sua vez, vem disciplinada como direito de todos e dever do Estado. Vê-se, pois, a inter-relação do direito à saúde com o conceito de saúde enquanto condição humana – para termos noção da dimensão protetiva do direito à saúde é preciso adentrar no significado de saúde.

E, sob essa perspectiva, temos com clareza que o conceito ideal de saúde não deve ser único, fechado, de modo a considerar apenas um aspecto ou outro. Embora a ausência de doenças figure fator inconteste para a condição de saúde, não a esgota (DALLARI e NUNES JUNIOR, 2010, p. 07); este fato deve ser visto como ponto de partida para averiguar o estado de saúde, mas pode ser impreciso se tido como único destino.

Assim, o estado de saúde deve ser visto como um conceito abrangente, influenciado por diversas nuances, donde há de se observar o bem-estar geral do indivíduo (nos aspectos físico, mental e social) e de considerar a saúde enquanto parte componente de sua existência digna, corolário do direito à vida, e direito humano indisponível destinatário de políticas públicas sociais para os fins de sua exata concretização.

1.4 PROTEÇÃO NORMATIVA: O DIREITO À SAÚDE PARA ALÉM DAS FRONTEIRAS E O PANORAMA CONSTITUCIONAL ATUAL

Salientada a influência que o reconhecimento internacional dos direitos humanos acarretou na produção normativa interna, passamos, enfim, ao exame do arcabouço normativo sanitário.

No plano internacional, especialmente no período posterior à 2ª Guerra Mundial, os direitos humanos passaram a ser objeto de intensa preocupação ante as incontáveis violações ocorridas durante o seu período. Em decorrência, surgiram movimentos voltados à proteção de direitos essenciais do ser humano, além da criação de organizações e documentos que refletiram intensa preocupação com as questões sociais. Exemplos disso são a criação da Organização das Nações Unidas – ONU, em 1945 e da Organização Mundial da Saúde - OMS, em 1946, a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, em 1948 e, mais à frente, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Culturais e Sociais.

Diante desse cenário, o direito à saúde, enquanto direito fundamental social, passou a ser fonte de proteção e regulação constante. Com a Constituição da OMS, agência especializada da ONU criada em 1946, esse fato ficou ainda mais evidente.

A ideia para a constituição da OMS surgiu durante uma conferência para a fundação da ONU, em 1945, em São Francisco. Representantes do Brasil e China propuseram a criação de uma organização internacional da saúde e a convocação de uma conferência para estruturar sua constituição (OPAS e OMS, 2016, p. 08).

No período de 18 de março a 05 de abril de 1946, um comitê técnico preparatório se reuniu em Paris e elaborou as propostas para a Constituição, que foram apresentadas na Conferência Internacional da Saúde em Nova York, em junho de 1946. Com base nas propostas então apresentadas, foi redigida a Constituição da OMS e, em 22 de julho de 1946, foi aprovada e assinada por representantes de 51 membros da ONU e outras 10 nações (OPAS e OMS, 2016, p. 08). A vigência da Constituição em comento ocorreria somente quando fosse ratificada por 26 membros da ONU, o que, de fato, ocorreu em 07 de abril de 1948 (OPAS e OMS, 2016, p. 08).

Em âmbito internacional, portanto, a saúde passou a ser tutelada pela OMS que, no preâmbulo de sua Constituição, dispôs que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1948). Na tentativa de conceituar a saúde de modo a não limitá-la ao estado físico de ausência de doenças, entendeu por bem conciliar em seu universo – que, por si só, agrega tantos outros – os aspectos físico, mental e social como partes necessárias ao estado completo de saúde e bem-estar.

O conceito, não alheio a críticas por parte de estudiosos sobre o tema, ainda é largamente utilizado por parte significativa da doutrina.

Através do texto da Constituição da OMS, ficou clara a preocupação da sociedade internacional em preservar também a saúde mental do indivíduo, enquanto parte imanente à própria sanidade.

Alinhada, assim, ao direito à vida e à dignidade humana, a saúde passou a ser vista de modo amplo, onde a combinação de suas vertentes é imprescindível à própria significação e completude do fenômeno. Os aspectos físico, social e mental, portanto, caminham juntos e indissociáveis quando pensamos no completo estado de bem-estar – estado este que deve ser, tanto quanto possível, assegurado a todos os indivíduos.

Ainda em seu preâmbulo, destaca a Constituição da OMS:

Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.

Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos.

O desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum.

O desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar; a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento.

A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde.

Evidente, pois, a preocupação internacional em preservar, garantir e promover a saúde de todos os indivíduos. Atingir o mais elevado grau de saúde passou a ser uma prioridade e assegurar meios para que isso ocorra, através da formulação e implementação de políticas públicas sociais, é a forma pela qual os mais diversos Estados buscam levar o direito à saúde à efetiva concreção.

Ainda no plano da regulação internacional do direito à saúde, destaca-se a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão que, ao prever, em seu art. 25, item 1, um vasto rol de direitos sociais, referiu-se à saúde como essencial a todo ser humano. São seus termos:

Artigo 25.

1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou

outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.
(ONU, 1948)

No mesmo plano, destaca-se também o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais ao dispor, expressamente, em seu art. 12 que os Estados-partes reconhecem o direito de toda pessoa gozar do mais alto nível possível de saúde física e mental (ONU, 1966). Assim como a Constituição da OMS, a norma em questão optou por prever, de forma expressa, a saúde mental como inerente do estado completo de saúde, devendo, por consequência, ser destinatária de políticas públicas específicas.

Por traduzir típico direito social, a eficácia e aplicabilidade demandam atuação estatal específica. Bem por isso, os Estados-partes deverão adotar as medidas, tanto quanto possíveis e necessárias, para a implementação do direito à saúde. Com esta finalidade, estabeleceu o item 2 do art. 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais:

2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

- a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças;
- b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
- c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
- d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade. (ONU, 1966)

Nota-se, pela descrição das medidas, intensa preocupação com a efetiva concretude do direito à saúde, de modo a fixar obrigações aos Estados aderentes. Vale destacar que um dos objetivos do pacto, senão o maior deles, foi incorporar os dispositivos da Declaração Universal na forma de preceitos obrigatórios e vinculantes para os Estados-partes, inclusive para fins de responsabilização internacional (PIOVESAN, 2013, p. 154).

Assim, seus preceitos figuram, de um lado, direitos sociais fundamentais e, de outro, obrigações estatais para, na medida de suas projeções, alcançarem tanto quanto possível a efetivação progressiva desses direitos. O Estado passa a ocupar o papel de realizador e concretizador do direito à saúde (física e mental).

Acerca desse fato, Marcelo Lamy (2015, p. 39), após destacar uma série de fatores que contribuíram para a mudança nos caminhos do Direito Internacional dos Direitos Humanos, especialmente para a transição da posição dos Estados em

relação a esses direitos (que passaram a ter um papel ativo e produtivo – e não mais apenas protetivo), esclarece:

A partir de então, tornou-se admissível diversos documentos internacionais não-pactuais exigirem (não apenas sugerirem) dos Estados e das sociedades politicamente organizadas (não somente dos Estados) ações positivas e concretas em favor das necessidades sociais, dos direitos ao desenvolvimento, à paz e à democracia. Tornou-se admissível apresentarem-se obrigações internacionais ancoradas em percepções internacionais reveladas em declarações e recomendações, não somente em pactos, mesmo sem as sanções tradicionais. Tornou-se comum exigir não apenas ações isoladas, mas políticas públicas – instrumental adequado para envolver todos os atores e congregar todos os fatores necessários.

Sustenta ainda o autor, ao se debruçar sobre o estudo das fontes do Direito Internacional, a força normativa das declarações de direitos humanos (não somente dos pactos):

Se se tem em conta que o respeito a certos direitos reconhecidos em declarações interessam à comunidade internacional de maneira especial, não nos parece razoável sustentar que a violação a esses paradigmas, porque teoricamente “ainda não vinculantes”, não signifique um quebrantamento do direito internacional. As declarações são indiscutíveis pontos de referência do comportamento que se almeja como devido. Veja-se, por exemplo, a Declaração e Programa de Ação de Viena de 1993 reconhece que “os Estados têm o dever, sejam quais forem seus sistemas políticos, econômicos e culturais, de promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais” (parágrafo 5º do preâmbulo). (LAMY, 2014, p. 63-64)

Pois bem. A partir desse panorama, as leis internas dos Estados acabaram sendo influenciadas para uma maior regulação dos direitos desta natureza. No caso brasileiro, por exemplo, as normas internas seguiram o mesmo padrão para ampliação dos direitos sociais.

Especificamente em relação à atual Constituição, vários são os dispositivos que regulamentam o direito à saúde. O alcance normativo é variado – a instituição da saúde como um direito social fundamental; como um serviço público relevante, mediante a instituição do Sistema Único de Saúde- SUS; como providência orçamentária, mediante o estabelecimento de percentual mínimo do orçamento para aplicação em ações e serviços de saúde; entre outros regramentos.

Ressalte-se, aliás, que antes mesmo disso, ainda em seu preâmbulo, quando institui um Estado Democrático destinado a garantir o exercício dos direitos sociais, denota, reflexamente, a preocupação com o direito à saúde (BRASIL, 1988). Também quando elenca os fundamentos da República Federativa do Brasil, no art.

1º, e destaca ser a dignidade humana um deles, reverbera na proteção à saúde de todo indivíduo – aspecto indispensável a se ter uma vida digna (BRASIL, 1988).

Ao regulamentar os direitos sociais, a Constituição pátria contempla a saúde nesse rol (art. 6º, *caput*) e, ao tratar da responsabilidade material ou administrativa, dispõe ser competência comum da União, dos Estados e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública (art. 23, inciso II) (BRASIL, 1988).

Ao normatizar a ordem social, a partir do art. 193 e dispor sobre a seguridade social, dedica uma seção exclusiva para regulamentação da saúde. Destaca o art. 196 que

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 (BRASIL, 1988).

Destaca ainda que são de relevância pública as ações e os serviços de saúde, não se constituindo, porém, exclusividade do Poder Público a sua prestação (BRASIL, 1988).

Diante de todo o arcabouço normativo, resta inequívoco que, pela perspectiva constitucional pátria, a saúde constitui direito subjetivo público – direito de todos e dever do Estado – dotado, pois, de exigibilidade no caso de sua violação ou mesmo diante da ausência de promoção.

Não se pode perder de vista que o direito subjetivo público caracteriza a pretensão de determinado indivíduo em face de um direito tutelado pelo Estado, previsto no direito positivo (ou objetivo) como passível de consequência em caso de violação (BARCELLOS, 2018, p. 22).

Ou, nas palavras de Luís Roberto Barroso,

um direito subjetivo constitucional confere a seu titular a faculdade de invocar a norma da Constituição para assegurar o desfrute da situação jurídica nela contemplada. Consoante doutrina clássica, é o poder de ação, fundado na norma, para a tutela de bem ou interesse próprio (2018, p. 47).

O direito subjetivo tem seu fundamento no direito privado. No entanto, quando o titular pode exigir atuação estatal para cumprimento de um direito seu que, pela especificidade, coincide com o interesse público, podemos falar em direito subjetivo público (DIAS, 2012, p. 239).

No tocante ao direito à saúde, impera destacar que, embora não previsto expressamente no texto constitucional como um direito público subjetivo – como o é

o direito à educação – tanto a doutrina como a jurisprudência pátrias, acertadamente, assim o qualificam.² Nesse particular, precisas são as lições de Clarice Seixas Duarte:

É importante perceber que o reconhecimento da proteção individual não pode ser negado aos direitos sociais em geral, independentemente de sua previsão expressa como direito público subjetivo. Ainda assim, neste campo, a pretensão pública deve ser prioritária, pois a dimensão social do direito somente se realiza por meio da exigibilidade de políticas públicas, o que envolve interesses que transcendem a esfera do indivíduo singularmente considerado (2004, p. 117).

Tendo isso em conta, impera ressaltar que optou a Constituição de 1988, assim como a Constituição da OMS, por adotar uma acepção ampla do termo “saúde”, de modo a não limitá-la à ausência de doenças, mas a conferir um conceito ampliativo que abrange diversos aspectos em constante interação e integração. Ainda, se preocupou em prever mecanismos para sua efetiva aplicabilidade, em consonância com a natureza de direito subjetivo público, ao determinar a obrigatoriedade de instituição de políticas públicas sociais e econômicas que visem ao acesso universal e igualitário dos serviços correspondentes e à prevenção de doenças.

Ainda que, na prática, sejam constantes as violações, o panorama traçado pelo constituinte de 1988 traduz um avanço no marco sanitário nacional, especialmente diante da instituição de um sistema único para fins da prestação de serviços. Nesse aspecto, destacam Guido Ivan de Carvalho e Lenir Santos:

O direito à saúde não pode se consubstanciar em vagas promessas e boas intenções constitucionais, garantido por ações governamentais implantadas e implementadas oportunamente, mas não obrigatoriamente. O direito à saúde (arts. 6 e 196) é dever estatal que gera para o indivíduo direito subjetivo público, devendo o Estado colocar à sua disposição serviços que tenham por fim promover, proteger e recuperar a saúde (2001, p. 39)

Assim sendo, dispõe o usuário dos serviços de mecanismos para a efetiva concretização prática do direito à saúde que, embora se revista da natureza de direito social e muitas vezes esbarre na finitude e escassez dos recursos públicos, carrega em si a plena e imediata efetividade, típica dos direitos fundamentais (SERRANO, 2012, p. 191).

² A título de exemplo, o julgamento do AI 452232 RS em que o ministro Celso de Mello afirmou que o direito público subjetivo à saúde é prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28%28452312%28ENUME%2E+OU+452312%28EDMS%2E%29%29+NAO+S%2EPRES%2E&base=baseMonocraticas&url=http://tinyurl.com/jhdgoyy>.

1.5 SAÚDE E ASSISTÊNCIA À SAÚDE: O MODELO INVEJÁVEL DO SUS

A saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, é garantida mediante políticas públicas específicas que põem à disposição dos usuários as ações e serviços integrantes do SUS. Dallari e Nunes Júnior destacam que a ideia de sistema predispõe todos os meios de atuação postos a um arranjo combinado destinado à concretização da atenção integral à saúde (2010, p. 77).

O SUS constitui uma rede pública regionalizada e hierarquizada, definida conforme as diretrizes constitucionais e regulamentada por normas infraconstitucionais, caracterizando um dos mais complexos sistemas de saúde pública do mundo.³ Mediante acesso universal, integral e gratuito, oferece à população serviços que vão desde a atenção básica aos de maior complexidade.

Até o advento da Constituição de 1988, não existia um sistema público de saúde que atendesse aos anseios populacionais de modo geral e equânime. O acesso à saúde, para além da iniciativa privada, era restrito aos trabalhadores regulares, contribuintes da Previdência Social. A parte da população não inserida no mercado de trabalho, que, invariavelmente, não detinha condições de arcar com os custos dos serviços privados de saúde, dependiam de serviços filantrópicos, normalmente prestados por instituições de caridade.

O cenário era desolador: a população de maior poder aquisitivo tinha a opção de arcar com os custos dos serviços privados ou ter acesso à saúde por meio da Previdência Social (trabalhadores regulares ou contribuintes autônomos); enquanto a população carente ficava à mercê das instituições filantrópicas para ter acesso aos serviços de saúde (SERRANO, 2012, p. 105).

O sistema de saúde estatal era basicamente vivenciado sob a dicotomia entre ações preventivas e de caráter coletivo, de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e as ações curativas de caráter individual que ficavam a cargo da Previdência Social (AGUIAR, 2015, p. 17).

Com as carências verificadas no modelo então vigente, começaram a surgir movimentos sociais pela busca da universalidade e integralidade dos serviços de saúde pública. O movimento da reforma sanitária formulou propostas que visavam à ampliação do conceito de saúde, seu reconhecimento como direito de

³ Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>

todos e dever do Estado, a criação do SUS, a descentralização e hierarquização dos serviços, a atenção integral às necessidades de saúde da população e participação popular (AGUIAR, 2015, p. 37).

Em março de 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, ocasião em que foram discutidos temas relativos à saúde, enquanto direito de todos, e surgida a possibilidade de instituição de um sistema único (SERRANO, 2012, p. 106).⁴

Esclarecendo o contexto então vivenciado, anota Zenaide Neto Aguiar (2015, p. 57):

Várias conferências ocorreram na história do país, mas a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, foi decisiva para a mudança do sistema de saúde vigente e para a criação do SUS e contou com expressiva participação dos movimentos sociais, dos sindicatos, das universidades e dos trabalhadores da saúde – participantes do movimento da reforma sanitária brasileira.

Assim, após intensos debates, foi publicada a Constituição de 1988 com o cenário que hoje se apresenta, mediante a instituição de um sistema único que põe à disposição dos usuários ações e serviços de saúde de forma integral, universal e igualitária.

Regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, o SUS busca garantir assistência sanitária integral à população que dele necessita. O financiamento do sistema é feito, além de recursos próprios de cada ente, por meio de repasses obrigatórios e outras fontes suplementares do orçamento da seguridade social.

Como a nomenclatura induz, o SUS possui direção única nos níveis nacional, estadual e municipal, sendo exercido pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tendo, porém, como princípio básico a descentralização político-administrativa (ênfase na municipalização da gestão dos

⁴ Vale destacar que será realizada a 16ª (8ª + 8) Conferência Nacional de Saúde em agosto de 2019, cujo tema principal será “Saúde e Democracia”, tendo como eixos temáticos: Saúde como direito, Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme a organização do evento, após o advento da EC nº 95/2016, “a realização da conferência se faz ainda mais necessária como uma grande ação em defesa do SUS e da democracia. A proposta temática para o evento é um resgate a memória da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, considerada histórica por ter sido um marco para a democracia participativa e para o SUS. Por isso, traz a ideia de “8ª + 8 = 16ª”, já que a 8ª Conferência foi o primeiro evento de participação social na saúde, em âmbito nacional, aberto à sociedade”. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019)

serviços de saúde). A razão de ser da sistemática, por óbvio, reside no pressuposto de que a realidade local é fator demasiadamente importante para o correto estabelecimento das políticas públicas de saúde (AGUIAR, 2015, p. 73).

As competências dos gestores do SUS, especificamente consideradas, estão previstas na Lei nº 8.080/1990 e em atos regulamentares posteriores que, de um modo geral, incluem “formular políticas e planejamento; financiar as ações e serviços; realizar a regulação; e executar as ações e serviços de saúde” (AGUIAR, 2015, p. 60).

Assim, o SUS é responsável pela garantia de acesso de toda a população às ações e serviços públicos de saúde, o que inclui ações preventivas e recuperativas.

As ações de imunização e vigilância à saúde que incluem as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental e dos ambientes de trabalho são executadas pelos serviços públicos de saúde com abrangência nacional e cobertura universal. Os serviços de atenção básica à saúde devem ser organizados pelo gestor municipal e são realizados pelas Unidades Básicas de Saúde e pela Estratégia Saúde da Família dentro de cada município. Complementam a rede do SUS o conjunto de serviços ambulatoriais especializados, de diagnóstico e terapia e os hospitais de média e alta complexidade da rede própria do SUS e outros que incluem serviços vinculados às universidades públicas de saúde e os serviços contratados ou conveniados do setor privado. (AGUIAR, 2015, p. 61)

Nota-se, desse modo, a larga abrangência dos serviços e ações desenvolvidos pelo SUS para atender às demandas populacionais que deles necessitam, tornando-se, assim, referencial quando o assunto é a democratização da saúde. Decerto que o sistema possui falhas, especialmente diante da prestação insatisfatória dos serviços no tocante à universalidade e integralidade, contudo, esse fato não desmerece a proposta do sistema de tornar acessível a todos um direito basilar e inerente à própria condição humana, como o direito à saúde.

No campo da saúde mental, a premissa é a mesma. Nesse sentir, o SUS direciona sua política para uma rede de serviços disposta a tratar questões de variada complexidade, mediante assistência integral de natureza preventiva e recuperativa, em que se busca a promoção de uma maior integração social do portador de transtorno mental, a facilitação de sua autonomia e a ampliação de sua participação social. O atendimento a esses pacientes é prestado através da Rede de

Atenção Psicossocial (RAPS), estruturalmente definida, que busca ofertar aos pacientes assistência segura, eficaz e humanizada.⁵

Vale destacar que a humanização passou a integrar as políticas do SUS e, em se tratando de saúde mental, esse fato possui ainda maior relevância. O Ministério da Saúde, através do “Humaniza SUS” (documento base para gestores e trabalhadores que traça diretrizes e estratégias de humanização para implantação no sistema público de saúde), estende que humanizar compreende⁶

a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 08)

Humanizar implica redirecionar os cuidados na saúde mental, de modo a tratar o paciente como sujeito de direitos e a estabelecer novos vínculos provenientes dessas relações:

Experiências de cuidado em saúde mental na lógica da clínica antimanicomial nos dizem sobre a humanização do cuidado e da gestão do SUS ao derrubar muros, buscar a liberdade, a defesa dos direitos dos sujeitos com sofrimento psíquico ou mental, enfim, ao transformar relações e modos de existir, desestabilizando fronteiras de saberes, territórios de poder e modos instituídos de constituição de processos de trabalho em saúde (TRAJANO e SILVA, 2015, p. 199).

Vale destacar que a OMS, através do Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde (MI-GAP), formulou uma série de recomendações a fim de facilitar a prestação de cuidados em saúde mental por prestadores de cuidados de saúde não especializados, traçou os princípios gerais de cuidado, em clara intenção de humanizar o tratamento. No texto, a organização afirma que os prestadores de cuidados deverão

respeitar a privacidade das pessoas em busca de cuidados para transtornos mentais, neurológicos e relacionados aos uso de álcool e outras drogas, manter um bom relacionamento com elas e com seus familiares, e

⁵ Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>

⁶ Destaque-se que, desde 2003, vige a Política Nacional de Humanização no SUS que, embora tenha sido criada autonomamente em relação à Política Nacional de Saúde Mental, guarda com esta estreita relação ante aos fins propostos pelo processo de desinstitucionalização. Conforme destacam Vania Roseli Correa de Mello e Simoni Mainieri Paulon, as políticas referidas “compartilham, entre outras afinidades, a promoção da autonomia e do protagonismo dos sujeitos; a inclusão das diferenças, como incremento às experiências coletivas; e a mudança nos modos de produção do cuidado em saúde” (2015, p. 88).

responder de maneira isenta de preconceitos e de estigmatização, proporcionando-lhes apoio (OMS, 2010, p. 16).

Dentre os princípios gerais de cuidados estipulados no referido documento, destacam-se: a priorização da comunicação com o paciente e seus familiares (comunicação clara, empática e com respeito às diferenças de idade, gênero, cultura e língua); avaliação psicossocial; informar a importância do tratamento, monitorar este tratamento e incentivar a auto-monitoração a fim de propiciar a autonomia; ser sensível às dificuldades sociais do paciente; promover a autonomia e a vida independente e respeitar os padrões nacionais e internacionais de proteção de direitos humanos; entre outros (OMS, 2010, p. 18).

A implementação de um sistema público de saúde mental humanizado vem ocorrendo de forma progressiva. O processo de implantação dessa política pública passa continuamente por transformações e adequações que visam a torná-la mais acessível, eficaz e resolutiva.

Assim, como se pode perceber, denota o SUS uma vasta rede de prestação de serviços e ações de saúde gratuitos à massa populacional, estando incluídos também os relacionados à saúde mental. A forma pela qual estes serviços e ações são postos à disposição da população, bem como as estratégias e escolhas que melhor se adequem à prestação dessas ações e serviços, repousa na definição das políticas públicas, que figuram como essenciais em qualquer planejamento público, especialmente o da saúde, revestido de evidente complexidade e notória particularidade.

1.6 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

1.6.1 Políticas públicas: noções gerais

Antes de adentrar no estudo das políticas públicas de saúde mental no Brasil, oportuno um breve esclarecimento acerca do conceito de política pública.

Segundo Maria Paula Dallari Bucci (2013), políticas públicas são “quadros de ação governamental, arranjos institucionais que expressam o Estado em movimento”. Ainda conforme a autora, tal situação difere, do ponto de vista analítico,

das estruturas estatais que apenas reproduzem rotinas, mediante a prática de atos concretos.

Interessante notar que, de acordo com o entendimento acima exposto, a noção de política pública passa, para além de uma atuação meramente estatal, pela necessidade de transformação da realidade atualmente posta. Nesse sentir, compartilha Celina Souza (2006, p. 25-26):

As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. [...]

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

É de se notar, dentro desse contexto, que a disponibilização dos serviços de saúde passa necessária e previamente por uma série de estudos e análises tendentes a verificar a melhor maneira para sua prestação.

Em virtude da finitude dos recursos públicos e do volumoso dispêndio que os serviços de saúde reclamam, o planejamento por meio de políticas públicas específicas torna-se indispensável para a melhoria da qualidade da prestação e para o aprimoramento dos serviços.

Como se sabe, a saúde pública traduz um serviço de intensa demanda e de elevada complexidade, a ser desenvolvido de forma multisetorial pelos entes federativos em atuação cooperativa. Bem por isso, imprescindível o planejamento público em relação a ele.

O planejamento público, que implica o estudo da situação de fato e demanda eventuais soluções, não raras vezes culmina numa política pública. As políticas públicas, como instrumentos de ação dos governos, têm na ação de governar seu fundamento imediato (BUCCI, 1997, p. 90).

Numa perspectiva um pouco diversa, mas não excludente, Leonardo Secchi (2017a, p. 05) defende que a essência da política pública é o problema público, de modo que, se determinada política busca responder a um problema público, será uma política pública. Na ótica do autor, o problema público seria, assim, a distância entre o estado inicial e o estado ideal possível para a realidade pública.

E destaca:

Para um problema ser considerado “público”, este deve ter implicações para uma quantidade ou qualidade notável de pessoas. Em síntese, um problema só se torna público quando os atores políticos intersubjetivamente o consideram problema (situação inadequada) e público (relevante para a coletividade). (SECCHI, 2017b, p. 10)

Os entendimentos expostos, embora formulados sob diferentes visões, mais se aproximam do que divergem e se aplicam perfeitamente à realidade do planejamento dos serviços públicos de saúde. A saúde, direito de todos e dever do Estado, demanda, para sua disponibilização, a ação de governar (mediante a formulação e implementação de políticas públicas na área). Nesse cenário, poderíamos apontar como problema público o fornecimento inadequado dos serviços de saúde, quando não se consegue cumprir a contento o mandamento constitucional da universalidade e integralidade, por exemplo, de modo que afeta a vida de milhares de usuários dos serviços.

Braga e Gadelha (2016, p. 03) ao discorrerem sobre a agenda brasileira de desenvolvimento do setor de saúde, questão alinhada diretamente à formulação de políticas públicas, asseveram:

No Brasil, a dimensão política da garantia de acesso universal, integral e equânime à saúde, associada a mudanças demográficas e epidemiológicas – decorrentes do envelhecimento da população e do aumento da participação das doenças crônicas no quadro de saúde e doença – e às insuficientes condições de financiamento ao sistema universal preconizado são apontadas como os grandes problemas a serem enfrentados pelo Estado.

Pertinente também o entendimento de Andreas Krell (2013), segundo o qual

O conceito da política pública compartilha com as noções do ato político e do mérito administrativo a presunção de que se trata do exercício de um juízo de conveniência e oportunidade inerente às funções do Legislativo e, mais ainda, do Executivo. O exercício do referido juízo tem como parâmetro as normas constitucionais e ordinárias. A má atuação ou omissão do governo é percebida “como modalidade de conduta desviante” e sujeita à correção pelo Judiciário.

Desse modo, para melhoria do sistema público de saúde e, conseqüentemente, aprimoramento da distribuição dos serviços, as políticas públicas afiguram-se indispensáveis.

Não restritas à área sanitária, são realizadas em outras em que necessita atuação estatal: educação, infraestrutura, segurança, saneamento, habitação,

previdência social, etc. Onde houver a necessidade de planejamento e gestão estatal para prática de dada atividade, estará presente a política pública.

Na esfera sanitária, sua formulação, por si só, é uma atividade demasiadamente complexa. O processo de escolha de prioridades, a definição de metas, o estabelecimento dos critérios a serem adotados e a escassez dos recursos públicos tornam o processo de formulação de políticas públicas de saúde dramático, afinal, a demanda é sempre maior que a capacidade do Estado em fornecer.

Esse cenário se estende às políticas de saúde mental, especialmente as relacionadas à desinstitucionalização. A morosidade do Estado em sua implementação reflete quão dramático se apresenta o problema da efetivação das políticas públicas desta natureza, que tem caminhado ao longo dos anos a passos bastante lentos.

Pensar em políticas públicas na área de saúde mental implica ingressar na própria visão do Poder Público sobre o portador de transtorno mental, sua alocação no cenário público e a oferta de serviços a ser disponibilizada.

A saúde mental, enquanto ramo específico destinatário de atuação estatal própria, foi por muito tempo negligenciada. Tinha-se a ideia de que o portador de doença mental, tratado na maior parte das vezes como louco e incurável, deveria ser segregado do seio social e confinado em hospitais psiquiátricos por tempo indeterminado. Como bem afirma Paulo Amarante (1994, p. 74), “a história da psiquiatria no Brasil é a história do asilamento”.

Esse raciocínio, que ainda perdura nos dias de hoje – em menor medida, é verdade –, contribuiu, e contribui, para a morosidade na prestação adequada de serviços públicos na área de saúde mental e para a falta de investimentos que visem ao aprimoramento dessas políticas.

1.6.2 O tratamento inicial dispensado ao portador de transtorno mental e a “institucionalização” do paciente

A forma creditada como adequada ao tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais era a internação em manicômios. No Brasil, o manicômio passou a figurar como dispositivo oficial de tratamento da doença mental, dita “loucura” à época, após 1822, muito embora já existisse o isolamento e o

abandono de indivíduos indesejáveis nas Santas Casas de Misericórdia desde 1543 (LIMA, 2018, p. 15).

Durante o Segundo Reinado (1841-1889) foram inaugurados, de forma oficial, diversos manicômios em vários estados brasileiros.⁷ Em 1892, o médico Franco da Rocha foi convidado pelo Governo do Estado de São Paulo a orientar os estudos sobre a assistência aos alienados, resultando em 1903 na construção do Hospício do Juquery (LIMA, 2018, p. 15). No mesmo ano, foi publicado o primeiro ato normativo que regulamentava as internações e as permitia, desde que o indivíduo passasse por exames prévios em que fosse avaliada a sua condição mental (LIMA, 2018, p. 15). Mencionado ato determinou também a separação das internações para doentes mentais que tivessem cometido crimes – estes, deveriam ser internados em hospícios específicos ou em locais reservados para estes fins, enquanto não construídos os hospícios criminais.⁸

A segregação era defendida por inúmeros estudiosos da época. Os “loucos” eram retirados do seio social e isolados do convívio quando perturbavam a ordem pública ou a segurança das pessoas. O problema, portanto, era visto mais sob uma ótica jurídico-legal e social do que voltado para a ótica médico-sanitária de atenção e cuidados. Assim dispunha o Decreto nº 1.132:

Art. 1º O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

§ 1º A reclusão, porém, só se tornará efectiva em estabelecimento dessa espécie, quer público, quer particular, depois de provada a alienação.

§ 2º Si a ordem pública exigir a internação de um alienado, será provisória sua admissão em asylo público ou particular, devendo o director do estabelecimento, dentro em 24 horas, communicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o occorrido a respeito, instruindo o relatório com a observação médica que houver sido feita. [sic] (BRASIL, 1903)

Esse cenário era frequente com pessoas com deficiência (física ou mental), que eram mantidas afastadas dos processos decisórios da sociedade. Ao longo dos séculos, no Brasil e no mundo, foram consideradas inaptas para participar da vida em sociedade, sendo relegadas a uma situação de exclusão, já que não possuíam qualquer perspectiva produtiva e, no caso dos portadores de transtornos

⁷ Como exemplos, Alúcio Ferreira de Lima cita os seguintes: Hospício Dom Pedro II, fundado no Rio de Janeiro em 1852; Hospício dos Alienados, fundado em São Paulo em 1852; Grande Hospital Pedro II, em Pernambuco, 1861; Hospício São João de Deus, na Bahia, em 1874; Hospital Psiquiátrico São Pedro, no Rio Grande do Sul, em 1884.

⁸ Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903.

mentais, sobrelevava o agravante da perturbação da ordem pública (MOURATO, 2007, p. 37).

Em janeiro de 1961, com a publicação do Decreto nº 49.974, seguindo a influência norte-americana, víamos os primeiros passos de uma Reforma Psiquiátrica. Em seu texto, destacava-se:

Art. 77. Sòmente poderá ser efetivada a internação em estabelecimento nosocomial destinado ao tratamento de doenças mentais, e como tal registrado, o doente que após a indispensável observação e elucidação do diagnóstico, for reconhecido como doente mental.

§ 1º. Para atender ao objetivo dêste artigo, o Ministério da Saúde estimulará a criação de "centros de elucidação de diagnóstico" como organizações para-hospitalares, de "hospitais de dia", e de serviços de "assistência aberta", públicos ou privados, aos quais poderá dar cooperação técnica e material.

§ 2º. São passíveis de cassação da licença para funcionamento, pelas autoridades competentes, os estabelecimentos nosocomiais que procederem ao internamento e registro de doentes em desacordo com o disposto no presente artigo. [sic] (BRASIL, 1961)

Esperava-se, a partir daí, a redução das internações psiquiátricas e a ampliação de formas diversas de tratamento, mas, paradoxalmente, houve a expansão dos manicômios públicos e privados (LIMA, 2018, p.18). A bem da verdade, o decreto não limitou as internações ou condicionou os estabelecimentos psiquiátricos a propiciar um tratamento humanitário aos doentes, mas apenas condicionou o internamento a prévio diagnóstico.

Com o passar do tempo, o modelo manicomial foi se mostrando cada vez mais ineficiente. Os tratamentos cruéis e degradantes operacionalizados nesses estabelecimentos e o isolamento asilar dificultava a reinserção do portador de transtornos mentais ao convívio em sociedade. Os pacientes internados em estabelecimentos dessa natureza eram privados, muitas vezes, de condições mínimas de cuidado, permanecendo abandonados por longos períodos de tempo.

Diante disso, movimentos político-sociais começaram a questionar a eficácia da internação e os direitos humanos dos internos, dando início ao marco inaugural da última Reforma Psiquiátrica, vivenciada até os dias de hoje (LIMA, 2018, p. 19).

A reforma psiquiátrica no Brasil começou a ganhar contornos a partir da década de 1970, através de movimentos sociais que passaram a questionar a forma como a assistência psiquiátrica era prestada aos enfermos. Surgiram, nesse período, reivindicações por um serviço mais humanizado, em contraposição ao isolamento asilar utilizado à época. Conforme destacam Andrade e Maluf (2017, p.

02) “tal modelo, à época, foi reconhecido como incapaz e ineficiente, nas suas vertentes práticas e teóricas, como mostram os trabalhos de Foucault, Goffman, Cooper, dentre outros”.

A partir de 1978, o movimento pró reforma psiquiátrica começou efetivamente a surtir efeitos:

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005, p. 07)

O contexto vivenciado à época, com internações em manicômios e hospitais psiquiátricos, bem como o tratamento dispensado aos doentes, foi determinante para o começo das mudanças então operacionalizadas. Experiências internacionais contribuíram de forma significativa para os primeiros passos na construção de um novo modelo. A superioridade dos direitos humanos, fundados na dignidade da pessoa humana, constituiu, de igual maneira, importante marco para a mudança do pensamento coletivo, que passou a enxergar o doente como um sujeito portador de direitos.

Com a fundação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1978, o discurso humanitário foi se fortalecendo, ganhando adeptos, e a luta antimanicomial finalmente se solidificando (LIMA, 2018, p. 19). O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, enquanto movimento social, lançou em 1987, em seu II Encontro, o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” e levou ao debate público a discussão acerca da loucura, da doença mental, da própria psiquiatria – com seus métodos e seus manicômios – e dos asilados.

Passava-se, assim, a privilegiar experiências de desinstitucionalização, que traduz um processo, não apenas de desospitalização, mas de inclusão de práticas assistenciais humanizadas, serviços comunitários e medidas que priorizam a singularidade do paciente enquanto sujeito de direitos.

1.6.3 Reforma Psiquiátrica: reflexos do movimento no aspecto normativo

Pensar na Reforma Psiquiátrica é pensar, num primeiro plano, nas consequências que o movimento ocasionou na comunidade médica, no tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais e na consequente busca pela humanização. A par disso, refletiu também na produção normativa do país, que editou leis e atos tendentes a pôr em prática a política de desinstitucionalização.

Como todo processo que implica transformação social, a mudança não ocorreu em curto espaço de tempo. O amadurecimento do movimento em si, próprio de qualquer reforma e, portanto, causador de rupturas, requer significativo lapso temporal para sua consolidação.

Se, no campo prático, a consolidação dos ideais reformistas do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental foi ocorrendo pouco a pouco, no campo normativo o feito foi ainda mais lento:

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. (BRASIL, 2005, p. 06)

Nesse contexto, a cultura antimanicomial começou a se expandir e centros alternativos de tratamento foram sendo criados como formas substitutivas aos hospitais psiquiátricos:

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível. (BRASIL, 2005, p. 07)

Como decorrência, as primeiras manifestações práticas da reforma começaram a refletir também no campo normativo. Em 1989 foi elaborado um

projeto de lei – Projeto de Lei deputado Paulo Delgado – propondo a regulamentação de direitos de pessoas portadoras de doenças mentais e a extinção progressiva de manicômios no país. Era o início efetivo da Reforma Psiquiátrica no campo legal e normativo, precedida da criação do SUS pela CRFB/88.

Na década de 1990, marcada pela assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, surgiram as primeiras normas federais para regulamentar a implantação dos serviços de atenção diária, fundadas nas experiências anteriores dos CAPS, NAPS e Hospitais-dia. No final da década de 1990, funcionavam no Brasil 208 CAPS, mas 93% dos recursos do Ministério da Saúde utilizados na saúde mental ainda era destinado aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p. 08).

Da Declaração de Caracas, destacam-se os itens:

Declaram

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; (OMS, 1990)

Somente em 2001, onze anos após a Declaração de Caracas, por meio da Lei Federal nº 10.216, originária do PL de 1989, foi implementado um novo modelo assistencial em saúde mental. Referido diploma, além de dispor sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionou os serviços de saúde prestados nessa área. Dentre as previsões legais, destacam-se medidas que priorizam recursos extra-hospitalares, serviços comunitários e a indicação para internação somente na hipótese de os demais recursos se mostrarem insuficientes (art. 4º). Não determinou, porém, a extinção progressiva dos manicômios, como dispunha o projeto original.

Destacam-se do seu texto:

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

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

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

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

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (BRASIL, 2001)

Em que pese o diploma normativo não ter adentrado, de forma expressa, na temática da extinção dos hospitais psiquiátricos, instituições substitutivas ao modelo – a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – foram sendo criadas progressivamente e priorizadas políticas públicas mais inclusivas, contrapostas à internação.

Começa-se, então, a perceber uma mudança cultural nesse campo:

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, aliada à redução de leitos hospitalares. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS. (BRASIL, 2005, p. 09)

A partir desse cenário, passa-se, então, a verificar a efetiva transição do modelo de assistência à saúde mental centrada em hospitais psiquiátricos para um modelo voltado à atenção comunitária e fica definitivamente consolidada a Reforma Psiquiátrica como política oficial do governo (BRASIL, 2005, p. 09).

Destaca-se também a Lei Federal n. 10.708/2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial em favor de pacientes portadores de transtornos mentais egressos de internações com prazo igual ou superior a dois anos, pago por um ano

e renovado, se comprovada a necessidade. A medida, oriunda do Programa “De Volta Para Casa” do governo federal, é de extrema importância para a reintegração social do indivíduo e para a restauração de sua autonomia após longo período de internação, estando em consonância com o processo de desinstitucionalização e com os objetivos da Lei nº 10.216/2001.

A produção legislativa estadual no campo da saúde mental também passou a se organizar conforme o padrão da desinstitucionalização, mediante atendimento humanizado e visando à desospitalização. Muitas dessas normas, inclusive, precederam a própria norma federal⁹, como as dos Estados do Ceará, Pernambuco, Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais e Paraná (BRASIL, 2002).

Além das leis e decretos, outros atos normativos, como portarias do Ministério da Saúde, são constantemente editados a fim de fazer valer a política de desinstitucionalização no país. Referidos atos promovem a organização, estruturação e definem diretrizes básicas para o planejamento das políticas públicas na área, cujo referencial é a Política Nacional de Saúde Mental. A partir desta diretriz, Estados e Municípios editam seus textos normativos para a devida implementação.

1.6.4 A desinstitucionalização e a promoção de sociabilidade

Como ressaltado em momentos anteriores, a desinstitucionalização passou a figurar com mais frequência no vocabulário brasileiro após o movimento da Reforma Psiquiátrica.

Desinstitucionalizar, como a própria derivação prefixal de sua formação vocabular induz, pressupõe institucionalizar. Na Psiquiatria, institucionalizar importa alocar um paciente portador de transtorno mental em determinada instituição psiquiátrica; isolá-lo do convívio social para fins terapêuticos; ou, em linguagem menos formal, interná-lo em determinada instituição hospitalar específica em razão de sua enfermidade.

⁹Exemplo disso foi a Lei do Estado do Ceará n. 12.151/1993, que em seu art. 1º dispunha:

Art. 1º Fica proibido no território do Estado do Ceará, a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelos setores estatais, de novos leitos naqueles hospitais. [sic]

§ 1º No prazo de cinco anos, contados da publicação desta lei, os hospitais psiquiátricos existentes deverão adaptar-se ao disposto na presente Lei.

A institucionalização dos portadores de doenças mentais começou a ser realizada com intuito de preservar a paz social. Não visava a cura dos pacientes, até porque tinha-se a ideia de serem incuráveis. A internação dos alienados, como se costumava denominar, tinha por objetivo ofertar-lhes um espaço social próprio para reclusão e tratamento, embora fossem desacreditados de cura. Antes disso, eram encontrados em toda parte e a qualquer sorte: nas ruas, nos porões das Santas Casas de Misericórdia, nas casas de correção e prisões, em asilos para mendigos (AMARANTE, 1994, p. 74).

Com a criação progressiva dos manicômios e hospitais psiquiátricos, esses doentes passaram a ficar reclusos nessas instituições específicas, inaugurando a fase da institucionalização.

Muito se passou até chegarmos à fase do movimento contrário. Constatada a ineficiência do recolhimento asilar, além de inúmeros casos comprovados de mortes, tratamentos cruéis – como eletrochoques e lobotomias –, ambientes insalubres, abandono e privação da sociabilidade, inaugura-se a fase do questionamento incisivo dessas práticas do ponto de vista técnico, reabilitador e social.

Franco Basaglia (2010, p. 24) ao denunciar o modelo de institucionalização na vida dos internos, afirmava que operava-se, com a internação, a perda de um futuro e instaurava-se a condição permanente de estar à mercê dos outros, sem qualquer iniciativa pessoal.

Por meio da institucionalização, o psiquiatra acaba por sanar tecnicamente a exclusão de sujeitos já rejeitados pela sociedade, por não se encaixarem no padrão de normalidade que se espera (BASAGLIA, 1994, p. 18). É inegável que esse cenário caminha na contramão de toda a proteção humanitária ocorrida ao longo dos anos.

No Brasil, temos o trágico exemplo do Hospital Colônia de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, criado em 1903 como hospital psiquiátrico, que foi palco de mortes em massa de pacientes internos, tratamentos cruéis e desumanos, internações desprovidas de critérios efetivamente científicos e todo tipo de violação à integridade física e à dignidade humana que se possa imaginar:

Desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos. Maria de Jesus, brasileira de apenas vinte e três anos, teve o Colônia como destino, em 1911, porque apresentava tristeza como sintoma. Assim como

ela, a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafortunados, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. [...] Em 1930, com a superlotação da unidade, uma história de extermínio começou a ser desenhada. Trinta anos depois, existiam 5 mil pacientes em lugar projetado inicialmente para 200. A substituição de camas por capim foi, então, oficialmente sugerida, pelo chefe do Departamento de Assistência Neuropsiquiátrica de Minas Gerais, José Consenso Filho, como alternativa para o excesso de gente. A intenção era clara: economizar espaço nos pavilhões para caber mais e mais infelizes. [...] Somente em 1980, quando os primeiros ventos da reforma psiquiátrica no Brasil começaram a soprar por lá, é que os gemidos do desengano foram sendo substituídos por alguma esperança. Sessenta mil pessoas perderam a vida no Colônia. (ARBEX, 2013, p. 21-22)

Depois de tantos abusos, com o advento da Reforma Psiquiátrica veio à tona um novo modelo assistencial, que passou a priorizar a humanização do tratamento, a reintegração social do paciente, o exercício da cidadania, a busca de sua autonomia enquanto ser humano dotado de singularidade e a priorização de práticas substitutivas comunitárias que visem a reabilitação e a ressocialização do portador de transtorno mental, em sintonia com o regramento protetivo dos direitos humanos.

No Brasil, o processo de desinstitucionalização, vivenciado nos dias atuais, foi inspirado no modelo italiano, que extrapola a ideia de mera desospitalização. Visa a própria desconstrução da estrutura manicomial e da forma como vinha sendo praticado o exercício da Psiquiatria. Ernesto Venturini (2016, p. 64-65), ao discorrer sobre o sentido da desinstitucionalização, aduz que

[...] tal palavra indica um processo complexo, o qual, com modalidades diversas e em variados contextos, veio desenvolvendo-se em âmbito internacional, desde a década de 1970 até hoje. No início, o foco estava centrado somente na superação da instituição manicomial, tendo, posteriormente, se estendido a todas as práticas que acompanharam e seguiram algumas reformas psiquiátricas, carregando-as de significados correspondentes às mutações estruturais, culturais e sociais em curso.

Na Itália, desde o final dos anos 60, o termo “desinstitucionalização” possui amplo significado: além da ruptura institucional, carrega consigo a ideia de uma nova e radical organização comunitária de saúde mental, um novo paradigma na área (VENTURINI, 2016, p. 65).

Nos contextos norte-americano e inglês, de um modo geral, o termo assumiu significado reducionista, operando, na prática, verdadeira desospitalização, em que foram verificadas, basicamente, a redução de leitos em hospitais

psiquiátricos e a concessão de altas sem preocupar-se com a reinserção social dos pacientes (VENTURINI, 2016, p. 65).

A desinstitucionalização operada na Itália objetivava desconstruir para reconstruir e solucionar o problema. A proposta italiana representa, além do confronto com o hospital psiquiátrico, confronto com o modelo da comunidade inglesa (BARROS, 1994, p. 175).

Como já destacado, a principal motivação para as internações levadas a cabo antes de eclodir a desinstitucionalização foi a preservação da ordem pública, fato que acarretava a ideia de que os internos eram necessariamente pessoas perigosas (BARROS, 1994, p. 189). A doença mental, assim, passou a ser sinônimo de perigo social.

A desconstrução de todo esse processo, marcado pela marginalização dos portadores de transtornos mentais, pela consolidação de estigmas sociais e pela perda da autonomia do sujeito, é algo a ser solidificado gradativamente. Por esta razão, o processo da Reforma Psiquiátrica continua em andamento.

Os reflexos sociais que a gradativa implantação da desinstitucionalização ocasionaram até o presente momento são imensos, tanto do ponto de vista dos pacientes quanto do ponto de vista da coletividade. Desinstitucionalizar implica, além de desospitalizar, humanizar, restaurar a cidadania, conferir autonomia, diminuir estigmas. Busca a reinserção social do paciente, melhora de sua auto-estima, prioriza direitos humanos basilares e respeita a dignidade humana.

A humanização implica tratar e entender cada indivíduo dentro de sua própria singularidade, com as necessidades específicas que lhes são próprias, criando condições que propiciem maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma (FORTES, 2004, p. 31).

Como todo contexto que envolve transformação social e cultural, o processo é mais lento do que deveria. Contudo, significativas mudanças começam a ser visualizadas no campo das políticas públicas.

Nesse aspecto, destaca-se a Portaria n. 2.240/2014, do Ministério da Saúde, que cria o Programa de Desinstitucionalização, integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS, no âmbito do SUS. Dos seus termos, sobressaem os seguintes artigos:

Art. 1º Fica criado o Programa de Desinstitucionalização como integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º O componente Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS é constituído por iniciativas que visam garantir às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando-se sua progressiva inclusão social.

Art. 3º O Programa de Desinstitucionalização tem como objetivos:

I - apoiar e desenvolver ações de desinstitucionalização de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situação de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS; e

II - apoiar e desenvolver ações e estratégias nos processos de reabilitação psicossocial no território das pessoas desinstitucionalizadas, favorecendo-se os percursos de produção de autonomia e da contratualidade social, de forma a garantir seus direitos e a efetiva participação e inclusão social, fortalecendo a RAPS.

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.

Evidente, pois, a preocupação em relação à ampliação da sociabilidade do paciente portador de transtorno mental. No art. 5º, o ato normativo elenca as atribuições da Equipe de Desinstitucionalização para pôr em prática a política pública mencionada, em que se verifica em seus vários incisos a intenção incontestada de restaurar a sociabilidade do paciente, buscando reintegrá-lo ao seio social e fortalecer os laços familiares extirpados com o isolamento asilar.

É importante destacar que esse fato tem refletido nas políticas públicas de saúde mental, em que se nota um direcionamento dos serviços para ampliação de uma base comunitária de cuidados, mediante acompanhamento terapêutico multiprofissional, com a inserção dos familiares nesse dinâmico processo, de modo a fortalecer a sociabilidade de paciente. Não se pode perder de vista que esse novo contexto caminha com os propósitos da Lei nº 10.216/2001 e com as normas internacionais e internas protetivas dos direitos humanos sociais.

1.6.5 Estrutura atual: o funcionamento da RAPS e os necessários melhoramentos

Acompanhada das mudanças advindas da Reforma Psiquiátrica, a rede de ações e serviços de saúde mental é organizada de acordo com os diferentes

graus de complexidade e estruturada em níveis políticos diversos também. A Política Nacional de Saúde Mental, respeitando as diretrizes internacionais traçadas pela OMS, vem sendo articulada em conjunto com as políticas municipais na respectiva área, expandindo, assim, a interiorização do cuidado nos municípios.

Com os desdobramentos da desinstitucionalização, esse cenário passou a ser organizado de forma a priorizar ações e serviços comunitários que visem à reinserção social do paciente portador de transtornos mentais, mediante acompanhamento multiprofissional e serviços direcionados a atividades terapêuticas diversas da internação.

No SUS, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme Portaria nº 4.279, de 30/12/2010, traduzem “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Ministério da Saúde, 2010).

No campo da saúde mental, a Política Nacional de Saúde Mental é organizada através da RAPS, integrada pelos serviços de Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, Reabilitação Psicossocial e Serviços de Prevenção para Abuso de Álcool e outras Drogas¹⁰ (BRASIL, 2011). Cada ramo possui organização e estruturação próprias e destinações específicas também.

Embora planejada pelo Governo Federal, em atuação articulada, visando a interiorização do cuidado na rede municipal de saúde, a RAPS foi pensada para ser executada nos municípios brasileiros, embora isso não tenha ocorrido a contento. A regionalização da prestação objetiva a ampliação da cobertura e maior eficiência, em consonância com as diretrizes do próprio SUS. O monitoramento e avaliação das ações e serviços prestados são de responsabilidade compartilhada das três esferas de gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 05).

Os serviços integrantes da RAPS possuem especificidades próprias, que variam conforme sua destinação. A Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde, define a organização e estruturação atuais da referida rede e estabelece as

¹⁰ Os Serviços de Prevenção para Abuso de Álcool e outras Drogas são normalmente desenvolvidos pelos agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da Equipe de Saúde da Família, por meio da formação e qualificação dos profissionais da Rede de Atenção Básica à Saúde, baseado no Paradigma da Redução de Danos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 34).

prioridades de cuidado nos respectivos arranjos. Para melhor visualização do modelo adotado, passaremos à análise de cada ramo componente da RAPS.¹¹

1.6.5.1 Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica

A Atenção Básica é o ramo organizativo mais descentralizado do SUS, existindo em grande parte dos municípios brasileiros e constituindo o primeiro nível de atenção em saúde. É desenvolvida pelas equipes de Atenção Básica (equipes de saúde da família e outras modalidades de equipes de atenção básica), pelos Núcleos de Apoio às equipes de Saúde da Família (NASF) e pelas equipes dos Consultórios na Rua (BRASIL, sd).

Essas equipes são responsáveis pela prestação dos serviços de uma população específica, num território definido. Assumem, portanto, a responsabilidade sanitária e o cuidado da comunidade local e trabalham considerando a dinamicidade e a particularidade existentes no território que está sob sua supervisão (BRASIL, sd).

Conforme art. 6º da Portaria MS nº 3.088/2011, a Atenção Básica na saúde mental é assim definida:

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

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

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

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

01. pessoas em situação de rua em geral;

2. pessoas com transtornos mentais;

3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de

¹¹ É prudente destacar que, nessa linha de análise, não foram abordadas as comunidades terapêuticas em virtude de o foco do trabalho se restringir às políticas de caráter eminentemente público, atualmente previstas para implantação no Sistema Público de Saúde.

saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros;

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

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

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

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

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

§ 4º Os Centros de Convivência, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade. As ações de saúde mental na Atenção Básica em dado território são construídas através dos NASFs. Em municípios com menos de 15 mil habitantes, o acesso aos serviços de saúde mental ocorre basicamente através da Atenção Básica. Em municípios com parâmetro populacional maior, esses serviços são desenvolvidos, em sua grande maioria, nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (integrantes da política de Atenção Psicossocial Estratégica).

Atualmente, um número considerável de municípios brasileiros ainda não conta com serviços especializados de saúde mental, embora seja inegável a evolução verificada desde a entrada em vigor da Lei nº 10.216/2001, que instituiu a política de desinstitucionalização.

Nesse cenário, conforme o boletim informativo do “Saúde Mental em Dados”, dos 5.570 municípios brasileiros, 3.375 possuem menos de 15.000 habitantes - dentre os quais 1.705 não possuem NASF, embora a grande maioria conte com equipes da Estratégia Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015,

p. 7). Estima-se, assim, que 23.478.055 habitantes têm na Atenção Básica o principal acesso de cuidados em saúde mental.

Nota-se, nesses casos, a ausência da especialização do cuidado, pois as políticas da Atenção Básica, embora comportem profissionais da saúde mental e possua tais pacientes como destinatários dos serviços, não é propriamente dirigida a este fim nos mesmos moldes que as demais estratégias relacionadas à área.

Quadro 1- Número de equipes de saúde mental na Atenção Básica nos municípios brasileiros

Brasil e Faixas Populacionais (habitantes)	Nº de Municípios	Total da População por faixa (IBGE 2012)	Nº Equipes de Saúde da Família implantadas	Nº de Equipes de NASF Implantados	Nº de Equipes NASF 1	Nº de Equipes NASF 2	Nº de Equipes NASF 3
BRASIL	5.570 (100%)	193.976.530 (100%)	39.228	3.898	2.322	767	809
Abaixo de 15.000	3.375 (60,6%)	23.478.055 (12%)	8.712	1.671	210	665	806
De 15.000 a 10.001	864 (15,5%)	10.521.357 (5,4%)	3.663	464	198	251	15
De 10.000 a 5.001	1.211 (21,7%)	8.577.809 (4,4%)	3.241	629	10	402	217
Abaixo de 5.000	1.300 (23,3%)	4.378.889 (2,3%)	1.808	578	2	2	574

Fonte: Ministério da Saúde (2015, p. 06)

Na estrutura organizacional da Atenção Básica funcionam também as Equipes de Consultório na Rua, que são equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde para a população de rua e os Centros de Convivência, que são espaços destinados à ampliação da sociabilidade e produção cultural. Nos consultórios de rua, as atividades, normalmente, são desenvolvidas de forma itinerante e, quando necessário, mediante parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território (BRASIL, sd). Parte dessas equipes está vinculada especificamente à Área Técnica de Saúde Mental.

1.6.5.2 Atenção Psicossocial Estratégica

A política da Atenção Psicossocial Estratégica é desenvolvida através dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, conforme previsão do art. 7º da Portaria MS nº 3.088/2011.

Os CAPS estão em funcionamento em todo o país e, para fins de melhor prestação dos serviços, são divididos em categorias, variando de acordo com a densidade populacional e a disponibilização dos serviços. Os atos regulamentares preveem, inclusive, serviços disponíveis em regime de cuidado contínuo 24 horas nesses centros, especialmente para casos de maior complexidade (BRASIL, 2011). Atualmente, são elegíveis para criação de CAPS municípios com densidade populacional superior a 15.000 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 15).

Referidos centros contribuíram – e ainda contribuem – sobremaneira com a ampliação da política de desinstitucionalização no país, na medida em que passaram a prestar a assistência à saúde mental mediante serviços substitutivos à internação hospitalar, constituindo verdadeira rede extra-hospitalar no tratamento do ramo, mediante o desenvolvimento de atividades que favorecem a inclusão social e cultural do paciente. Além disso, o trabalho prestado nessas unidades de tratamento é desenvolvido de forma integrada e comunitária, dele participando os profissionais, familiares e usuários, com real objetivo de reinserir o paciente ao seio social.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuário (BRASIL, sd)

No CAPS, por meio de equipes multiprofissionais e disponibilização de serviços de saúde em caráter aberto e comunitário, são desenvolvidos diversos tipos de atividades alternativas. Numa ótica interdisciplinar, além da prática médica regular, são priorizadas atividades culturais, como parte do processo terapêutico e como meio efetivo de restaurar a sociabilidade há muito perdida. Nesse sentido:

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. (BRASIL, 2005, p. 27)

A expansão dos CAPS no Brasil é fenômeno de constatada evidência. Desde a criação do primeiro centro até os dias atuais, nota-se um crescimento progressivo

nas instalações. O Ministério da Saúde, em levantamento colhido até dezembro de 2016, verificou a existência de 2.462 unidades em todo o país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 07). O quadro abaixo demonstra o crescimento das instalações ao longo dos anos:

Quadro 2: Número de instalações de CAPS a partir de 2006

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742
2012	907	464	72	174	293	27	1937
2013	978	471	78	187	301	47	2062
2014	1069	476	85	201	309	69	2209
2016	1191	505	100	229	324	106	2462

Fonte: Ministério da Saúde (2015, p. 10; 2017, p. 07) ¹²

Dos números aportados, embora se perceba a ampliação da cobertura ao longo dos anos, numa análise global verifica-se ainda quão distante encontra-se do ideal. Para termos um parâmetro da disparidade verificada na disponibilização dos serviços de saúde mental no âmbito do SUS, basta comparar com aqueles disponibilizados na Rede de Atenção Básica. Embora a Atenção Básica concentre grande parte das especialidades médicas oferecidas na saúde pública brasileira, inclusive saúde mental, a diferença nos números é alarmante, especialmente diante do cenário atual de aumento de doenças mentais na população.¹³ Além disso, a especialização do serviço prestado nos CAPS é fundamental para o paciente e para a expansão da política de desinstitucionalização.

É claro que não se pode deixar de levar em consideração a instituição relativamente recente da Política Nacional de Saúde Mental. No entanto, o tempo que a separa da própria instituição do SUS não se mostra suficientemente apto a justificar a disparidade nos números. De fato, o percurso pelo qual caminhou a

¹² Não foram encontrados os números relativos ao exercício de 2015.

¹³<https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-mostra-alta-incidencia-de-transtornos-mentais-na-populacao-de-capitais-brasileiras>.

saúde mental até a instituição normativa da política de desinstitucionalização, com todos os entraves que lhe foram próprios - e ainda o são - e o estigma que permeia esse campo da saúde, contribui para o tímido crescimento dos números.

Não obstante, o Ministério da Saúde, ao calcular os indicadores de cobertura para de CAPS no Brasil, alçou o valor de 0,86 como indicador nacional de cobertura de CAPS/100.000 habitantes em dezembro de 2014 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 11-12).¹⁴ O indicador foi criado para refletir a evolução da implantação da rede e foi calculado via média ponderada por porte do CAPS – levando em conta os diferentes tipos e o respectivo número de habitantes. Conforme o referido documento, os parâmetros de cobertura do indicador são os seguintes: cobertura muito boa (acima de 0,70), cobertura boa (entre 0,50 e 0,69), cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), cobertura baixa (de 0,20 a 0,34), cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 11).

Referida análise mediou o período entre dezembro de 2002 e dezembro de 2014 e os indicadores foram estabelecidos nos níveis nacional, regional e por unidade federativa. Das regiões brasileiras, a que possui melhor indicador (1,07) é a Região Sul, seguida da Região Nordeste (1,00) – ambas com indicador maior que a média nacional. Em contrapartida, a região avaliada com pior indicador foi a Região Norte (0,61), seguida da Região Centro-Oeste (0,66). A Região Sudeste aparece em terceiro lugar, com indicador de 0,79 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 11).

Conclui-se da análise que, segundo os parâmetros de cobertura instituídos pelo Ministério da Saúde, todas as regiões brasileiras possuem cobertura boa ou muito boa, já que todas possuem indicador acima de 0,50. No entanto, ao confrontar os números, verificamos que a situação não reflete um cenário tão bom como se apresenta através dos indicadores, pois o número de CAPS por quantitativo de 100.000 habitantes ainda é relativamente baixo.

Há, inclusive, Estados (Rondônia, Espírito Santo e Mato Grosso) que não contam com serviços de CAPS 24 horas e nem todos os Estados contam com todos os tipos de CAPS previstos para a implantação da referida política. Logo, a cobertura não se encontra suficientemente preenchida.

Por fim, ainda no tocante à Atenção Psicossocial Estratégica, o Ministério da Saúde (2015, p. 15) aportou ainda o quantitativo de CAPS instalados, e o

¹⁴ Não foram divulgados novos dados desde então.

respectivo percentual por município elegível para tanto, conforme quadro a seguir. Registre-se que a elegibilidade de CAPS em determinado município é o quantitativo mínimo de 15.000 habitantes. Isso não significa, porém, vedação à construção de CAPS em locais com população inferior a esse patamar.

Quadro 3: Distribuição de CAPS por Município Elegível (ME) e nº de municípios com CAPS Habilitado por Unidade Federada

Unidade Federativa	nº de Municípios	nº ME para CAPS ¹⁵	% ME sem CAPS Habilitados	% ME com CAPS Habilitados	nº Municípios com CAPS Habilitados ¹⁶
Acre	22	14	71,4%	28,6%	4
Amazonas	62	51	64,7%	35,3%	18
Amapá	16	6	66,7%	33,3%	2
Pará	144	119	51,3%	48,7%	58
Roraima	15	6	33,3%	66,7%	6
Rondônia	52	27	37,0%	63,0%	17
Tocantins	139	14	28,6%	71,4%	11
REGIÃO NORTE	450	237	52,3%	47,7%	116
Alagoas	102	57	17,5%	82,5%	49
Bahia	417	254	34,3%	65,7%	172
Ceará	184	132	34,1%	65,9%	89
Maranhão	217	131	57,3%	42,7%	59
Paraíba	223	56	12,5%	87,5%	56
Pernambuco	185	127	46,5%	53,5%	68
Piauí	224	36	0,0%	100,0%	45
Rio Grande do Norte	167	31	16,1%	83,9%	29
Sergipe	75	34	23,5%	76,5%	28
REGIÃO NORDESTE	1794	858	34,5%	65,5%	595
Espírito Santo	78	46	63,0%	37,0%	18
Minas Gerais	853	248	35,1%	64,9%	178
Rio de Janeiro	92	74	5,4%	94,6%	75
São Paulo	645	305	47,9%	52,1%	162
REGIÃO SUDESTE	1668	673	39,5%	60,5%	433

¹⁵ Municípios Elegíveis para CAPS são os municípios com população acima de 15 mil habitantes (estimativa TCU 2013).

¹⁶ Os números incluíram municípios com menos de 15 mil habitantes.

Paraná	399	125	41,6%	58,4%	76
Rio Grande do Sul	497	124	18,5%	81,5%	108
Santa Catarina	295	88	29,5%	70,5%	69
REGIÃO SUL	1191	337	30,0%	70,0%	253
Goiás	246	66	34,8%	65,2%	45
Mato Grosso do Sul	79	39	59,0%	41,0%	17
Mato Grosso	141	48	43,8%	56,3%	29
REGIÃO CENTRO OESTE ¹⁷	467	154	43,5%	56,5%	92
BRASIL	5570	2259	37,8%	62,2%	1488

Fonte: Ministério da Saúde (2015, p. 15)

Dos dados, verifica-se que a Região Norte possui o menor percentual em termos de CAPS instalados nos municípios elegíveis. Há, porém, Estados que possuem 100% de aproveitamento no tocante a estas instalações, possuindo CAPS instalados até mesmo em município com população menor que 15.000 habitantes (por exemplo, em municípios dos Estados do Piauí e Rio de Janeiro).

Sobreleva afirmar que os CAPS corporificam a política de desinstitucionalização na essência em que foi proposta, mediante uma rede de cuidados psicossociais alheios à internação hospitalar, que visam a restauração da sociabilidade e buscam o cuidado integrado com os demais atores necessários a esse processo restaurativo.

Em que pese o inegável e constante avanço, pode-se afirmar que o caminho a ser percorrido ainda é longo. A instalação de CAPS deixa a desejar em algumas regiões do país e em muitos municípios brasileiros (mesmo os elegíveis para sua instalação).

A interiorização do cuidado, tanto desejada, não se faz presente em muitas localidades. Os serviços direcionados e específicos à política de saúde mental ainda não são postos à disposição da maioria maciça dos cidadãos brasileiros, ficando muitos deles com os serviços direcionados à Atenção Básica ou sequer estes. Ademais, a depender da variação populacional e da incidência de transtornos mentais em dado território, considerando as particularidades existentes

¹⁷ O Distrito Federal, por sua particularidade enquanto Unidade Federativa, não foi incluído.

em cada localidade, a necessidade de instalação de CAPS poderá demandar um número superior à média.

Nesse sentir, é imperiosa a continuidade da expansão progressiva dos CAPS com vistas a efetivar a política de desinstitucionalização e concretizar o direito fundamental à saúde em quaisquer de suas esferas.

1.6.5.3 Atenção Residencial de Caráter Transitório¹⁸

A Atenção Residencial de Caráter Transitório é desenvolvida através das Unidades de Acolhimento. Funciona por meio da oferta de cuidados contínuos, com funcionamento 24h por dia, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentam acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandam acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Esse acompanhamento é transitório, com prazo máximo de seis meses. A Portaria nº 3.088/2011, assim dispõe sobre as Unidades de Acolhimento:

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

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

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

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

As Unidades de Acolhimento são espaços residenciais de acolhimento voluntário, mediante recomendação do CAPS de referência, que visam a ampliação do cuidado de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras

¹⁸ Reforçamos, na oportunidade, que não foram estudadas as comunidades terapêuticas em razão de não integrarem o SUS e serem consideradas equipamentos da rede suplementar de atenção, recuperação e reinserção social de dependentes (BRASIL, sd).

drogas em situação de vulnerabilidade social ou familiar que demandam acompanhamento terapêutico de caráter transitório.

Estão regulamentadas na Portaria MS nº 121/2012 que, dentre outras previsões, estabelece que as unidades de acolhimento deverão propiciar direitos à moradia, educação, convivência familiar e social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Ainda:

Art. 5º A Unidade de Acolhimento poderá ser constituída por Estados, por Municípios e pelo Distrito Federal, como unidade pública ou em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos, atendidas as exigências estabelecidas nesta Portaria.

Art. 6º A Unidade de Acolhimento a ser implantada deverá estar inserida na Rede de Atenção Psicossocial e referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial.

Art. 7º A Unidade de Acolhimento deve contar com estrutura física mínima, na seguinte configuração:

- I - espaço físico adequado ao desenvolvimento de atividades terapêuticas; e
- II - quartos coletivos para até 4 (quatro) pessoas;
- III - espaço para refeições;
- IV - cozinha;
- V - banheiros;
- VI - área de serviço;
- VII - sala de enfermagem;
- VIII - sala de acolhimento e recepção;
- IX - salas de atividades individuais e de grupo;
- X - área de lazer externa para atividades esportivas e lúdicas, dentre outras;
- e
- XI - sala administrativa, a ser utilizada para o arquivamento de documentos e para a realização de reuniões clínicas e administrativas.

As unidades contarão com profissionais habilitados de diferentes especialidades na área da saúde e disponibilizarão um número de vagas previamente definido.

Em 2013¹⁹, o Ministério da Saúde disponibilizou recursos para construção de Unidades de Acolhimento nos Estados e Municípios brasileiros, muito embora, na prática, o quantitativo construído mostre-se ínfimo.

Em 2014, as Unidades de Acolhimento habilitadas e em pleno funcionamento totalizavam apenas 34 em todo o país, sendo 21 para adultos e 13 infanto-juvenis. No mesmo período, existiam 88 Unidades de Acolhimento para adultos, com construção em andamento, e 68 infanto-juvenis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Em 2017, o total de Unidades de Acolhimento em funcionamento

¹⁹A previsão consta na Portaria MS nº 615/2013.

no país totalizavam 57 – 35 para adultos e 22 infanto-juvenis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Quadro 4: Número de unidades de acolhimento instaladas nos Estados brasileiros

UF	Unidades de Acolhimento para Adultos	Unidades de Acolhimento Infanto-juvenil	Total Geral
AC	1	0	1
AL	0	1	1
BA	0	1	1
CE	5	4	9
DF	1	0	1
MG	2	5	7
MS	1	0	1
PB	2	1	3
PI	0	1	1
PE	2	0	2
PI	0	1	1
PR	4	2	6
RS	2	2	4
SC	1	0	1
SE	3	0	3
SP	11	4	15
Total Geral	35	22	57

Fonte: Ministério da Saúde (2017, p. 08)

Verifica-se, a partir dos números, que o crescimento dessas unidades ocorreu demasiadamente lento. De 2014 a 2017, houve um acréscimo de apenas 23 unidades em todo o Brasil, quando existiam 156 em construção – fato que demonstra que a maioria das construções sequer foi concluída. A ausência desse tipo de estabelecimento, especialmente nos grandes centros, em que se verificam sérios problemas com usuários de crack e outras drogas, atesta a ineficiência do serviço. O fato de o país possuir 5.570 municípios e somente 57 unidades de acolhimento certifica a incapacidade de pôr em prática a política de desinstitucionalização.

Verifica-se, assim, em relação às unidades de acolhimento, um crescimento inversamente proporcional à demanda associada aos transtornos mentais, inclusive quando decorrentes de abuso de álcool e outras drogas.

1.6.5.4 Atenção Hospitalar

A Atenção Hospitalar na Política Nacional de Saúde Mental é composta pelos serviços de enfermaria especializada e serviço hospitalar de referência (art. 10, Portaria MS 3088/2011).

A enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas funciona em Hospital Geral e oferece tratamento hospitalar para casos graves, principalmente os relacionados a intoxicações severas ou implicações decorrentes de abstinência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O serviço hospitalar de referência, destinado à mesma categoria de pacientes, funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, por meio de internações de curta duração, de modo a respeitar as diretrizes da Lei 10.216/2001.

Tanto na enfermaria especializada, quanto no serviço hospitalar de referência, as internações devem ser de curta duração e devem estar articuladas com os serviços do CAPS de referência. Na hipótese de o paciente ter ingressado direto por meio da internação, deve ser providenciada a sua vinculação e referência a um CAPS, que assumirá o caso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Esta providência encontra-se em consonância com a política de desinstitucionalização, que tem no CAPS a principal ferramenta de atendimento.

Em relação ao quantitativo de leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, o Ministério da Saúde procedeu ao levantamento dos números em 2014 e 2017 nas unidades federadas brasileiras, que assim totalizaram:

Tabela 1: Quantitativo de serviços hospitalares de referência com leitos de saúde mental habilitados

REGIÃO	Nº de leitos em 2014	Nº de leitos em 2017
Centro-Oeste	49	62
Nordeste	72	177
Norte	51	68
Sudeste	323	440
Sul	393	416
Total	888	1163

Fonte: Ministério da Saúde (2015, p. 20; 2017, p. 09)

Vale destacar que estas unidades não se confundem com os hospitais psiquiátricos; são, em verdade, serviços localizados no contexto da vida social somente para intervenções breves. Nota-se, assim, através dos números, o crescimento dos leitos de saúde mental habilitados em todas as regiões do país, muito embora de forma não tão significativa considerando o lapso temporal entre uma pesquisa e outra. Além disso, a disparidade entre as regiões brasileiras é incontestavelmente evidente, já levando em conta as diferenças populacionais. De qualquer sorte, conquanto o crescimento não se mostre ideal, verifica-se a evolução do modelo e a busca progressiva pela implantação da política de desinstitucionalização.

1.6.5.5 Estratégias de Desinstitucionalização

A Estratégia de Desinstitucionalização integra a RAPS e constitui, assim como os demais pontos de atenção, importante mecanismo de inserção social do portador de transtorno mental.

Instituída por meio do art. 11 da Portaria MS nº 3.088/2011, busca, através de estratégias substitutivas ao isolamento asilar, garantir a promoção da autonomia e o exercício da cidadania dos pacientes egressos de internações de longa permanência.

Nesse contexto, os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa aparecem como principais mecanismos de atuação da Estratégia de Desinstitucionalização. Outras medidas de atuação, como a redução de leitos em

hospitais psiquiátricos e a mudança no perfil destas instituições também funcionam como um importante ponto de atenção para efetivar os propósitos da desinstitucionalização.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são moradias ou casas inseridas na própria comunidade, responsáveis pelo acolhimento de pessoas egressas de internações em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia, após período de internação superior a dois anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Estão previstos em muitos municípios brasileiros e são subdivididos nos tipos I e II; o tipo I é a moradia que busca proporcionar espaços de construção de autonomia e reinserção dos usuários que não necessitam de cuidados intensivos do ponto de vista da saúde em geral, ao passo que, no tipo II, os usuários necessitam desse cuidado e, além dos objetivos mencionados, demandam também ações diretivas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 23).

Em relação ao número de Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil, o Ministério da Saúde (2015, p. 23) contabilizou o total de 289 unidades em 2014, sendo 1 unidade na Região Norte, 75 na Região Nordeste, 31 na Região Sul, 170 na Região Sudeste e 12 na Região Centro-Oeste. Em 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 10), foram contabilizadas, no total, 499 unidades, sendo 10 na Região Norte, 112 na Região Nordeste, 46 da Região Sul, 317 na Região Sudeste e 14 na Região Centro-Oeste. Do que consta, existem mais de dois mil moradores nessas residências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 23).

Além dos Serviços Residenciais Terapêuticos, a Estratégia de Desinstitucionalização instituiu o Programa de Volta para Casa, materializado através do auxílio-reabilitação psicossocial, criado por meio da Lei Federal nº 10.708/2003. Referido programa, em conjunto com os demais, busca dar efetividade à reinserção social do portador de transtorno mental egresso de longa internação, mediante auxílio financeiro para que possa ter autonomia, diga-se, minimamente possível, após longo período afastado do convívio em sociedade.

O auxílio-reabilitação psicossocial é destinado ao portador de doença mental que teve alta hospitalar e que permaneceu internado em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia por período de 2 anos ou mais e o seu valor, em 2018, estava fixado em R\$ 412,00 (quatrocentos e doze reais). O pagamento é realizado diretamente ao beneficiário, pelo período de um ano, podendo ser renovado, caso necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.

Dispõe a norma instituidora que

Art. 3º São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que:

I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;

II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;

III - haja expresse consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;

IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

O benefício é regulado pela Portaria MS nº 2.077/2003 e depende da habilitação prévia dos Municípios para que os beneficiários possam ser contemplados. O Ministério da Saúde (2015, p. 26), em dezembro de 2014, contabilizou 4.349 beneficiários com cadastro ativo no programa, mas somente 22 unidades federativas tinham municípios cadastrados. De acordo com os dados, a Região Sudeste contabiliza o maior número de beneficiários, quando comparada às demais regiões do país. Não foram divulgados dados mais recentes do número de beneficiários do programa.

Outro ramo de atenção na Estratégia Desinstitucionalização é a redução progressiva de leitos do SUS em hospitais psiquiátricos.

Um dos fundamentos da política de desinstitucionalização é a efetivação de uma rede comunitária de cuidados e a consequente desospitalização dos internos, com vistas a reabilitar e reinserir o portador de transtornos mentais ao convívio social. Nesse contexto, a política pública da área se dirige à redução planejada de leitos dos hospitais psiquiátricos e à transição para o modelo de assistência psicossocial comunitária.

O Ministério da Saúde (2015, p. 28), após análise do número de leitos do SUS em hospitais psiquiátricos, tem operado a redução progressiva dessas unidades.

Vale destacar que, até dezembro de 2014, existiam 10 hospitais psiquiátricos no país indicados para descredenciamento do SUS após avaliações levadas a cabo pelo Programa Nacional de Avaliações Hospitalares/Psiquiatria, que acarretaria a extinção de 1200 leitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 28). Esse descredenciamento tem sido feito progressivamente, ano a ano. Em 2018, por

exemplo, a Portaria MS nº 324, efetuou o descredenciamento 8 hospitais psiquiátricos, acarretando na extinção de 1532 leitos.

Em contrapartida, os pontos de atenção comunitária vão se expandindo para devida efetivação da RAPS e ocorrendo, também, a transição do perfil dos hospitais – de maior porte para menor porte. É prudente registrar que o crescimento das unidades substitutivas não têm ocorrido na mesma velocidade que as extinções dos leitos, de modo que, muitas vezes, os pacientes ficam desamparados quando das realocações.

1.6.5.6 Reabilitação psicossocial

O componente da RAPS intitulado Reabilitação Psicossocial consiste na promoção de iniciativas geradoras de trabalho e renda aos portadores de transtornos mentais. O enfoque básico em casos tais é viabilizar a autonomia do usuário mediante a articulação de estratégias e ações do Poder Público com o fim de promover os projetos que melhor se adequem à geração de trabalho e renda, bem como a economia social.

A Portaria MS nº 3.078/2011 disciplina a Reabilitação Psicossocial da seguinte forma:

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

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

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

Para a implementação, são repassados recursos federais aos Estados e Municípios. Não foram encontrados números e/ou identificação das ações realizadas para cumprimento da referida estratégia juntos aos dados coletados no boletim oriundo do Ministério da Saúde.

1.7 DIFICULDADES PRÁTICAS: UM ESTUDO NECESSÁRIO PARA O APRIMORAMENTO DO SISTEMA

A Política Nacional de Saúde Mental, alinhada aos propósitos da Lei nº 10.2016/2001, promoveu incontestável avanço na área nos últimos anos.

O modelo asilar, outrora presente em nosso cotidiano, torna-se cada vez mais obsoleto. E não apenas do ponto de vista da política estrutural desenhada ao redor do mundo, mas porque viola o direito à vida digna dos portadores de transtornos mentais, o direito à convivência social – tão essencial para a reabilitação e bem-estar do paciente, o direito ao bem-estar e o direito ao acesso a serviços públicos de saúde de qualidade.

O novo modelo, buscando redesenhar a política de saúde mental em consonância com os direitos humanos das pessoas com transtorno mental, estabeleceu novos critérios, novos marcos, novas referências e novos cuidados.

A implementação desse modelo, conforme exposto nos tópicos anteriores, vem sendo efetuada gradativamente. Embora incontestável a evolução, o crescimento e fortalecimento da política vêm sendo efetuados timidamente, encontrando óbices de naturezas diversas. Afora as limitações de caráter financeiro e orçamentário, presentes na saúde pública de um modo geral, ante à escassez de recursos, não é novidade que os transtornos mentais sempre foram vistos de forma estigmatizada.

A sociedade não via a saúde mental como um problema social, que demandava atuação conjunta da população e do poder público. A exclusão social a que eram submetidos os doentes era vista com naturalidade por todos nós e, de certo modo, causava-nos conforto e segurança. O modelo centrado numa base comunitária de cuidados implica, necessariamente, numa mudança cultural que pouco a pouco vai se fortalecendo.

Assim, além das já conhecidas dificuldades orçamentárias, a implantação da política de desinstitucionalização enfrenta também dificuldades estruturais no tocante à forma como a saúde mental é vista pela sociedade, fato que demanda um processo histórico para a gradativa alteração (como vem ocorrendo ao longo dos anos, desde a sua instituição legal).

A par de todo esse cenário, são inegáveis as dificuldades práticas verificadas na Política Nacional de Saúde Mental atualmente posta. As principais

dizem respeito à deficiência na efetiva implementação das ações inerentes às políticas públicas planejadas para a área.

Ao analisar os setores componentes da RAPS, verifica-se claramente este fato. Vemos, em verdade, um lento crescimento na implantação da política de desinstitucionalização a nível nacional, como um todo. Notam-se espaços de vazio assistencial em grande parte do território brasileiro (vasto por essência e com particularidades locais que muitas vezes dificultam a disponibilização), tornando carecedor de efetividade o acesso das populações residentes nas áreas rurais e urbanas com densidade populacional baixa.

Oportunamente, questiona Lejderman (2010, p. 16):

Se o estado do Rio Grande do Sul, que é o terceiro melhor estado do Brasil no ranking de cobertura assistencial realizada pelos CAPS, apresenta uma cobertura insuficiente em relação a quase 50% da sua população, como demonstra o estudo de Gonçalves et al. (5), o que podemos esperar do restante do país? O que podemos esperar de uma reforma na assistência em saúde mental que, nas últimas décadas, fechou aproximadamente 80.000 leitos de uma especialidade médica antes de implantar no país uma rede ambulatorial suficientemente capaz de prestar assistência e lidar com a complexidade das doenças mentais?

Outro ponto que merece destaque é a falta de investimentos necessários por parte do poder público e o mau uso dos recursos públicos. A política de saúde mental somente alcançará os níveis satisfatórios com o crescimento dos investimentos e a implantação de mecanismos de controle efetivos no tocante à correta aplicação das verbas.

Os recursos públicos destinados à saúde mental ainda estão muito aquém da necessidade populacional, especialmente nos países de baixa e média renda em que mais de 80% desses recursos são destinados aos hospitais psiquiátricos (OMS, 2017, p. 02). Este fato reflete a ausência de prioridade para a implementação efetiva da política de desinstitucionalização, apesar do direcionamento das normas legais e do planejamento das políticas públicas.

Desse modo, diante das variadas dificuldades verificadas e da necessidade de aprimoramento da política de desinstitucionalização da saúde mental, especialmente para o fim de efetivar o direito fundamental à saúde em sua esfera mental, mostra-se viável a utilização de instrumentos alternativos para tutela de tais direitos. Nesse aspecto, demonstraremos no próximo capítulo o regramento do compromisso de ajustamento de conduta enquanto instrumento de tutela de

direitos transindividuais para, posteriormente, examinar possíveis repercussões de sua utilização na tutela da saúde mental e no processo de desinstitucionalização.

2 COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA E SEUS PRINCIPAIS ASPECTOS

2.1 ASPECTOS RELATIVOS À FORMALIZAÇÃO

2.1.1 Origem

O compromisso de ajustamento de conduta, ferramenta difundida em muito nos dias atuais, é um instituto relativamente recente. Com a ampliação da ideia de maior satisfação de direitos através da resolução negociada dos conflitos e em vista da conjuntura econômica, política e social que figurava o país à época de seu surgimento, especialmente diante do cenário de redemocratização e maior expansão dos direitos econômicos, culturais e sociais, foi previsto com o objetivo de prevenir e/ou reparar lesão a direitos transindividuais e, ao mesmo tempo, ampliar o sistema de garantia desses direitos. Embora detenha, atualmente, expressivo alcance e intensa aplicabilidade, não nasceu exatamente com esse viés. Vale, então, um breve estudo acerca da historicidade do instituto.

Numa ótica pura e simples, não se mostra dificultoso narrar cronologicamente a trajetória do compromisso de ajustamento de conduta no contexto normativo brasileiro. No entanto, sabemos que o direito – e a legislação que o norteia – é influenciado, de forma constante e conexa, por transformações sociais ocorridas no meio comum. Com o compromisso de ajustamento de conduta esse fenômeno não foi diverso.

Nesse contexto, podemos afirmar que as atividades extrajudiciais desenvolvidas pelo Ministério Público contribuíram sobremaneira para a formação do instituto nos moldes atuais. É que, no mister desempenhado pela instituição, não raras vezes foram celebrados acordos para o fim da composição extrajudicial dos conflitos de interesses (MAZILLI, 2006, p. 93).

Ocorre que, antes de sua previsão legal, grande parte desses acordos eram inadimplidos porquanto desprovidos de eficácia executiva (NERY, 2017, p. 95).

Dada a consequência, começou-se, então, a ser articulada, dentro do próprio Ministério Público, a possibilidade de se formular proposta para que os acordos firmados em âmbito ministerial passassem a ter execução forçada, “[...] desde que observada a condição de que não envolvessem interessados menores ou

incapazes, nem envolvessem questões indisponíveis” (MAZILLI, 2006, p. 93), já que a legislação vigente à época continha previsão no sentido de vincular a transação que envolvesse direitos de incapazes à previa autorização judicial.

A proposta foi acatada por meio da publicação da Lei nº 7.244/1984, que regulamentava o Juizado Especial de Pequenas Causas e continha, no art. 55, a seguinte previsão:

O acordo extrajudicial, de qualquer natureza ou valor, poderá ser homologado, no juízo competente, independentemente de termo, valendo a sentença como título executivo judicial.

Parágrafo único. Valerá como título executivo o acordo celebrado pelas partes, por instrumento escrito, referendado pelo órgão competente do Ministério Público. (BRASIL, 1984)

O dispositivo em questão foi posteriormente revogado pela Lei nº 9.099/1995, embora mantida neste diploma previsão com idêntica normatividade até os dias atuais. O fato que nos interessa, no entanto, é que a inovação legislativa alhures narrada foi a precursora da eficácia executiva do acordo firmado extrajudicialmente pelo Ministério Público.

E, nesse particular, impera observar que, conquanto indiscutível o avanço na seara da composição extrajudicial dos conflitos, a tutela em si ainda era limitada. É que, embora tivesse atribuído eficácia executiva ao acordo extrajudicial firmado nos referidos moldes, o foi, essencialmente, para tutela de direitos disponíveis entre partes capazes, dispensando testemunhas instrumentárias (RODRIGUES, 2011, p. 86). Tratava-se, pois, de instrumento destinado a tutelar direitos subjetivos individuais e ostentava a natureza de transação.

Embora previsto sem a nomenclatura e demais particularidades atinentes ao compromisso de ajustamento concebido na atualidade, parte da doutrina sustenta ser o referido acordo o modelo embrionário do instituto. Em que pese possuir traços distintivos marcantes do modelo atual, foi, realmente, um incentivador para o aperfeiçoamento do ajuste, especialmente no que diz respeito à força executiva e ao incentivo à composição extrajudicial de conflitos.

Destaca Mazzilli (2006, p. 100):

Os efeitos práticos da transação homologada ou referendada pelo Ministério Público logo começaram a ser sentidos, a partir da pioneira Lei n. 7.244/84. Afora o importante valor intrínseco do acordo, que configura saudável composição extrajudicial de litígios, passou ele a ter valor de título executivo extrajudicial, tendo-se inclusive, já na ocasião, admitido conseqüentemente pudesse ser objeto de protesto especial para os fins da então vigente Lei de Quebras (art. 10). Assim, a tendência da lei, da jurisprudência e da doutrina encaminhou-se no sentido de fortalecer esses títulos executivos

extrajudiciais, homologados ou referendados (como se queira) pelo órgão do Ministério Público, pela Defensoria Pública ou até mesmo pelos próprios advogados dos transatores.

Na forma prevista atualmente, o ajuste vai além para alcançar a tutela dos direitos transindividuais e, via de consequência, resvalar num número indeterminado de indivíduos. A previsão legal, nos ditos termos, remonta, primeiramente, à publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei 8.069/1990) e, logo após, à edição do Código de Defesa do Consumidor – CDC (Lei 8.078/1990). Diferentemente do que se pode pensar, a Lei da Ação Civil Pública – publicada em 1985 – não previu o instituto em sua formatação original, vindo a ser alterada quando da publicação do CDC.

No ECA, partindo da finalidade de ampliação da composição extrajudicial dos conflitos, o compromisso de ajustamento de conduta foi estendido para o sistema de tutela coletiva dos interesses transindividuais, ressaltando uma peculiaridade: pela primeira vez foi instituído para a formação de título executivo extrajudicial. Em que pese o avanço, foi previsto com aplicabilidade restrita aos direitos relativos à proteção da criança e do adolescente, como se pode notar do regramento constante do Capítulo VII do referido diploma, especialmente a partir do art. 208 do diploma (BRASIL, 1990).

No CDC, o instituto foi concebido de forma mais abrangente, já que o mencionado diploma inseriu na Lei da Ação Civil Pública (Lei nº 7.347/1985), ao art. 5º, o §6º, de modo que o referido ajuste passou a ser utilizado para defesa de quaisquer direitos ou interesses difusos, coletivos ou individuais homogêneos. É sua redação:

Art. 113. Acrescente-se os seguintes §§ 4º, 5º e 6º ao art. 5º. da Lei n.º 7.347, de 24 de julho de 1985:

"§ 4.º O requisito da pré-constituição poderá ser dispensado pelo juiz, quando haja manifesto interesse social evidenciado pela dimensão ou característica do dano, ou pela relevância do bem jurídico a ser protegido.

§ 5.º Admitir-se-á o litisconsórcio facultativo entre os Ministérios Públicos da União, do Distrito Federal e dos Estados na defesa dos interesses e direitos de que cuida esta lei.

§ 6º Os órgãos públicos legitimados poderão tomar dos interessados compromisso de ajustamento de sua conduta às exigências legais, mediante combinações, que terá eficácia de título executivo extrajudicial". (BRASIL, 1990)

Estranhamente, o dispositivo que inseriria, no CDC, o compromisso de ajustamento de conduta em matéria de direitos individuais homogêneos típicos de relações consumeiristas foi vetado pelo Presidente da República à época (NERY,

2017, p. 96). De todo modo, o dispositivo inserto na Lei da Ação Civil Pública abarca as situações que envolvem relações de consumo para defesa de direitos individuais homogêneos.

Atualmente, o instituto visa tutelar direitos transindividuais e pode ser formalizado a partir da iniciativa do Ministério Público, das Defensorias Públicas e demais órgãos públicos legitimados a tal mister.

2.1.2 Aspectos Conceituais

O compromisso de ajustamento de conduta traduz uma forma de composição extrajudicial de conflitos que denota extrema relevância para a concreção dos objetivos do Estado Democrático de Direito (RODRIGUES, 2011, p. 280). É instrumento que busca tutelar direitos transindividuais (direito difuso, coletivo ou individual homogêneo) que, diante de efetiva lesão ou potencial violação, se encontram sob ameaça. A sua forma é de negócio jurídico bilateral (acordo) que, através da iniciativa dos órgãos públicos legitimados à propositura de ação civil pública, visa adequar condutas irregulares às exigências legais, quando aparecem travestidas de potenciais violações a direitos desta natureza.

Naturalmente, por constituir forma de resolução negociada dos conflitos, favorece o amplo acesso à justiça dos direitos fundamentais da sociedade – especialmente os denominados direitos transindividuais – e percorre caminhos para além de uma tutela reparatória.

Ante a linearidade do instituto com a categoria de direitos que busca proteger, cumpre um breve esboço acerca do tema, antes mesmo de engendrar, com precisão, o conceito do compromisso de ajustamento de conduta.

Pois bem. Nesse aspecto, a nova ordem constitucional, ao catalogar os direitos e garantias fundamentais, previu os direitos e deveres individuais e coletivos e, logo em seguida, os direitos sociais.²⁰ Os direitos individuais, como a nomenclatura indica, possuem cunho eminentemente individualista, são os direitos que o indivíduo possui contra o Estado, os chamados direitos negativos (MARINONI, SARLET e MITIDIERO, 2017, p. 348). Normalmente, se encontram entre os direitos civis e políticos.

²⁰ CRFB/1988, art. 5º e art. 6º.

Diferentemente dos direitos individuais, os direitos coletivos arvoram em campos mais amplos de alcance e proteção, na medida em que interessam a um grupo de sujeitos – determinado, no caso dos direitos coletivos e indeterminado, no caso dos direitos difusos – e, ao mesmo tempo, lança sobre eles a necessária normatividade. Normalmente, figuram os direitos sociais, direitos de solidariedade e fraternidade.

Conforme precisas lições de Grinover (1993, p. 02):

Já por interesses coletivos entendem-se os interesses comuns a coletividade de pessoas e apenas a elas, mas ainda repousando sobre um vínculo jurídico definido que as congrega. [...] O outro grupo de interesses meta-individuais, o dos interesses difusos propriamente ditos, compreende interesses que não encontram apoio em uma relação-base bem definida, reduzindo-se o vínculo entre as pessoas a fatores conjunturais ou extremamente genéricos, a dados de fato freqüentemente acidentais e mutáveis: habitar a mesma região, consumir o mesmo produto, viver sob determinadas condições sócio-econômicas, sujeitar-se a determinados empreendimentos, etc;

E complementa:

Decorre daí que duas notas essenciais podem ser destacadas, nesses interesses ditos difusos. Uma, relativa a sua titularidade, pois pertencem a uma série indeterminada de sujeitos. [...] outra, relativa a seu objeto, que é sempre um bem coletivo, insuscetível de divisão, sendo que a satisfação de um interessado implica necessariamente a satisfação de todos, ao mesmo tempo em que a lesão de um indica a lesão de toda a coletividade. (GRINOVER, 1993, p. 02)

Desse modo, os direitos difusos diferem dos chamados direitos coletivos, pois, embora estes também pertençam à coletividade, interessam à determinada categoria de indivíduos, agrupados por questões fático-jurídicas bem delineadas, ao passo que aqueles interessam a um grupo indeterminado de indivíduos, sem aferição de elo entre eles.

O Código de Defesa do Consumidor, ao tratar dos direitos coletivos correlatos à seara consumeirista, definiu genericamente os direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos em seu art. 81 que, pela importância, é valido colacionar:

Art. 81. A defesa dos interesses e direitos dos consumidores e das vítimas poderá ser exercida em juízo individualmente, ou a título coletivo.
Parágrafo único. A defesa coletiva será exercida quando se tratar de:
I - Interesses ou direitos difusos, assim entendidos, para efeitos deste código, os transindividuais, de natureza indivisível, de que sejam titulares pessoas indeterminadas e ligadas por circunstâncias de fato;
II - Interesses ou direitos coletivos, assim entendidos, para efeitos deste código, os transindividuais, de natureza indivisível de que seja titular grupo, categoria ou classe de pessoas ligadas entre si ou com a parte contrária por uma relação jurídica base;
III - interesses ou direitos individuais homogêneos, assim entendidos os decorrentes de origem comum.

Os direitos difusos têm como destinatários grupos indeterminados de indivíduos, não se podendo mensurar, de forma exata, os seus beneficiários. São exemplos desses direitos os direitos sociais (saúde, educação, moradia, etc.), o direito ao meio ambiente, direitos do consumidor, entre outros previstos no texto constitucional.

A ordem constitucional vigente, em consonância com os objetivos delineados ao longo de seu texto, sentiu a necessidade de resguardar os interesses comuns à coletividade, os chamados direitos difusos. E, não obstante sua previsão, instituiu mecanismos de garantia de tais direitos, de modo a possibilitar sua plena eficácia e tutela.

Um desses meios é a ação civil pública, manejada para proteção de qualquer direito difuso ou coletivo no âmbito da tutela judicial. De outra via, na seara extrajudicial, temos o compromisso de ajustamento de conduta, que busca a efetividade desses direitos sem movimentar a máquina judiciária – a menos num primeiro momento.

Nesse tocante, podemos afirmar que o compromisso de ajustamento de conduta constitui, antes de mais nada, um instrumento de tutela coletiva. Conforme destaca Akaoui (2015, p. 74), o instituto busca, mediante termo, alinhar a conduta do compromissário às normas legais, tendo em vista que o afastamento de sua conduta do parâmetro que se espera para o devido respeito aos direitos transindividuais faz nascer a possibilidade de manejo de ação coletiva por parte dos órgãos públicos e, via de consequência, a possibilidade de se firmar o ajuste.

Devidamente firmado, o ajuste passa a constituir título executivo extrajudicial e, assim, evita o descumprimento das obrigações ali pactuadas, ao tempo em que busca o atendimento do interesse público tutelado (NERY, 2017, p. 95). Trata-se de ato negocial, formalizado mediante termo, no qual se firma um compromisso. Compromisso, pois, que é concluído mediante acordo de vontades para o fim de adequação às normas legais.

Quanto à nomenclatura, além de “compromisso de ajustamento de conduta”, pode variar, dentre outras, a “termo de ajustamento (ajuste) de conduta”, “termo de compromisso de ajustamento (ou ajuste) de conduta”, “termo de compromisso”, “compromisso de conduta”, ou até mesmo “compromisso de ajustamento de conduta às exigências legais” (FONSECA, 2013, p. 68).

A natureza jurídica do instituto é um ponto que se põe à discussão quando o tema é tratado. Dentro desse contexto, parte da doutrina o considera transação e outra, ato jurídico diverso.

Quando tratado com natureza de transação, ressaltam seus adeptos que não o é na essência, em virtude da indisponibilidade dos interesses transindividuais – situação que acaba por mitigar o poder de negociação – e ante ao fato de os legitimados para firmar o ajuste não coincidirem com os titulares do direito material discutido. Defendem, portanto, uma espécie diferenciada de transação (RODRIGUES, 2011, p. 123).

Não obstante, destaca Akaoui que o instituto da transação, de cunho eminentemente privado, não pode ser aplicado em matéria de direitos difusos (2015, p. 81). O ato transacional, como se sabe, é firmado mediante concessões mútuas, em que ambas as partes do conflito cedem para se chegar a um acordo comum. Em se tratando de direitos transindividuais essa negociação fica limitada porquanto os interesses ali envolvidos são de ordem pública, não havendo margem para deles dispor.

2.1.3. Conformação normativa

A gênese de determinado instituto jurídico é conformada pela realidade social da época de sua formação. Os anseios sociais, o contexto econômico e político e a conjuntura jurídica de dado momento são fatores que influenciam o nascimento legislativo de determinado instituto. Conforme demonstrado em linhas anteriores, o surgimento do compromisso de ajustamento de conduta seguiu essa lógica:

Sem precedentes no direito comparado, sua disciplina legal consagrou prática corrente no âmbito do MP de compor conflitos extrajudicialmente. Sua matriz, entretanto, é constitucional, por derivar da cláusula de abertura constante do art. 129, IX da CF/1988, que autorizou à legislação infraconstitucional incumbir ao Parquet outras funções. (FONSECA, 2015, p. 64)

Originário de um diploma normativo específico para aplicação apenas em área afeta a direitos de crianças e adolescentes, foi em seguida estendido para alcançar aplicabilidade geral no tocante aos direitos transindividuais.

Atualmente, com a priorização da composição extrajudicial dos conflitos, entoada e aperfeiçoada em decorrência da necessidade de reduzir a superlotada carga judicial que assola os tribunais pátrios, ganha o referido instituto maior notoriedade e importância.

Previsto no art. 5º da Lei nº 7347/1985, após alteração legislativa emanada da década de 1990, o compromisso de ajustamento de conduta traduz um mecanismo de solução de controvérsias em evidência. Isso porque a solução alcançada pela formalização do ajuste, além de ser obtida de forma mais célere que o trâmite de um processo judicial com todos os formalismos que o norteiam, propicia uma melhor satisfação dos interesses ali envolvidos, tendo em vista a operacionalização via consensualidade. Demais disso, contribui ainda para prevenir o ingresso de futuras ações que provavelmente seriam manejadas para tratar do objeto nele versado.

Levando isso em conta, o Conselho Nacional do Ministério Público, em 27/01/2015, publicou a Resolução nº 118, que institui a Política Nacional de Incentivo à Autocomposição no âmbito da instituição. Dentre tantos outros motivos para sua edição, estão a democratização do acesso à justiça, a prevenção e redução da litigiosidade – notadamente a de natureza coletiva – e a promoção de uma cultura de pacificação dos conflitos por meio da ampliação do diálogo e do consenso.

A resolução a que se faz referência traz uma série de medidas com vistas à implementação da Política Nacional de Incentivo à Autocomposição, tais como mecanismos de ordem administrativa, normativa, institucionais – inclusive avaliativos, bem como métodos para fomento da resolução negociada. Em seu art. 2º, estabelece:

Art. 2º Na implementação da Política Nacional descrita no artigo 1º, com vista à boa qualidade dos serviços, à disseminação da cultura de pacificação, à redução da litigiosidade, à satisfação social, ao empoderamento social e ao estímulo de soluções consensuais, serão observados:

I – a formação e o treinamento de membros e, no que for cabível, de servidores;

II – o acompanhamento estatístico específico que considere o resultado da atuação institucional na resolução das controvérsias e conflitos para cuja resolução possam contribuir seus membros e servidores;

III – a revisão periódica e o aperfeiçoamento da Política Nacional e dos seus respectivos programas;

IV – a valorização do protagonismo institucional na obtenção de resultados socialmente relevantes que promovam a justiça de modo célere e efetivo.

Seguindo essa tendência, especialmente diante do caos que o excesso de ações judiciais tem ocasionado, com reflexos na própria satisfação dos direitos, o novo Código de Processo Civil passou a estimular, expressamente, a resolução negociada dos conflitos ao prever os métodos consensuais de resolução de demandas como alternativas não apenas viáveis, mas indispensáveis à evolução cultural e social que já vem sendo operada no mundo jurídico, de modo a dar primazia ao diálogo e consenso. Tais mecanismos promovem uma maior satisfação dos direitos envolvidos, uma ampla participação social e, conseqüentemente, maior efetividade.

Estes novos mecanismos buscam remodelar funcionalmente as atividades judiciárias, além de ampliar o acesso à justiça, por vezes tão dificultoso, e adequar a promoção de direitos à atual realidade social. O compromisso de ajustamento de conduta, previsto ainda na década de 1990, encontra-se, portanto, em perfeita sintonia com o modelo contemporâneo buscado para a satisfação de direitos, tendo em vista revestir-se de método extrajudicial de resolução de conflitos.

Nesse sentir, em contramão à cultura adversarial há muito consagrada em âmbito processual, dispôs o novo Código de Processo Civil que deve ser buscada, sempre que possível, a solução negociada dos conflitos e tanto quanto incentivada pelos operadores do Direito. Assim determina:

Art. 3º. Não se excluirá da apreciação jurisdicional ameaça ou lesão a direito.

§ 1º É permitida a arbitragem, na forma da lei.

§ 2º O Estado promoverá, sempre que possível, a solução consensual dos conflitos.

§ 3º A conciliação, a mediação e outros métodos de solução consensual de conflitos deverão ser estimulados por juízes, advogados, defensores públicos e membros do Ministério Público, inclusive no curso do processo judicial.

Art. 4º As partes têm o direito de obter em prazo razoável a solução integral do mérito, incluída a atividade satisfativa.

O compromisso de ajustamento de conduta se amolda perfeitamente a essa tendência, visto que busca resolver controvérsias que envolvem direitos difusos e coletivos de maneira negociada, contribuindo assim para a desjudicialização dos conflitos.

Como dantes explanado, o pioneirismo legislativo acerca do tema ficou a cargo do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/1990, que, em matéria afeta estritamente a direitos relativos a crianças e adolescentes, dispôs em seu art.

211 que “os órgãos públicos legitimados poderão tomar dos interessados compromisso de ajustamento de sua conduta às exigências legais, o qual terá eficácia de título executivo extrajudicial”.

Por sua vez, prevê a Lei nº 7.347/1985, alterada pela Lei nº 8.078/1990:

Art. 5º. (...)

§ 6º. Os órgãos públicos legitimados poderão tomar dos interessados compromisso de ajustamento de sua conduta às exigências legais, mediante cominações, que terá eficácia de título executivo extrajudicial.

Regulamentando o tema em seu âmbito de atuação, o Conselho Nacional do Ministério Público editou a Resolução nº 179, publicada em 26 de julho de 2017, que, com objetivos similares àqueles expostos na Resolução CNMP nº 118/2015, traça a normativa inserta à atuação da instituição em referência quando da celebração de tais ajustes.

Nesses termos, dispõe seu art. 1º:

Art. 1º. O compromisso de ajustamento de conduta é instrumento de garantia dos direitos e interesses difusos e coletivos, individuais homogêneos e outros direitos de cuja defesa está incumbido o Ministério Público, com natureza de negócio jurídico que tem por finalidade a adequação da conduta às exigências legais e constitucionais, com eficácia de título executivo extrajudicial a partir da celebração. (BRASIL, 2017)

O parágrafo primeiro do mesmo dispositivo prevê que não pode o Ministério Público, que não é titular dos direitos e interesses envolvidos, fazer concessões que impliquem renúncia aos direitos transindividuais, devendo o acordo restringir à interpretação do direito aplicável ao caso, à especificação das obrigações acordadas e à mitigação, compensação e indenização dos danos não passíveis de reconstituição do bem lesado (BRASIL, 2017).

Prevê ainda o mencionado regulamento, de forma bastante elucidativa, o procedimento a ser adotado quando da celebração do ajuste, incluídos aspectos relativos a controle e eficácia, que serão oportunamente abordados no decorrer deste capítulo. Impera ressaltar que o procedimento previsto na referida resolução, porquanto iniciativa do CNMP, aplica-se aos compromissos de ajustamento de conduta firmados no âmbito do Ministério Público. Não obstante, quando a iniciativa para celebração partir dos demais órgãos públicos – incluídas as Defensorias Públicas – a normatização a ser observada poderá variar, conforme varie o poder

regulamentar que dota cada órgão ou entidade, desde que preservados os princípios basilares e a legislação regente atinentes à formalização do ajuste.

No tocante à normatização, cumpre, por fim, destacar a proposta de alteração da Lei nº 7.347/1985, corporificada no Projeto de Lei nº 5.139/2009, que tramita na Câmara dos Deputados. Pretende o projeto revogar a Lei nº 7.347/1985, de forma a conferir nova disciplina legal para a ação civil pública e adaptá-la ao contexto social atualmente verificado. Dentre as principais mudanças, destacam-se a ampliação do rol de legitimados à propositura da ação; a previsão expressa de possibilidade de tutela jurídica de direitos relativos à saúde, educação, trabalho, desporto, segurança pública, transportes coletivos, idosos, prestação de serviços públicos, entre outros direitos e interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos; e, especialmente, a normatização, em capítulo próprio, do compromisso de ajustamento de conduta (BRASIL, 2009).

Em relação à ampliação do rol de legitimados, há substancial alteração, mediante a inclusão, nesse particular, de entidades não previstas na lei atual, tais como a Ordem dos Advogados do Brasil, entidades sindicais, entidades fiscalizadoras do exercício das profissões e partidos políticos (BRASIL, 2009).

Em relação ao objeto, mediante a inclusão de previsão expressa acerca de alguns direitos difusos e coletivos, a inovação carece de efetiva mudança no atual cenário, posto existir na lei regente a cláusula aberta, constante do art. 1º, inciso IV, que permite o manejo de ação civil pública para tutelar qualquer outro interesse difuso ou coletivo (BRASIL, 1985).

Merece relevo, no entanto, a questão de o Projeto de Lei nº 5.139/2009 destinar um capítulo próprio para tratar do compromisso de ajustamento de conduta. Dentre outras previsões, constam regras atinentes à legitimidade para tomar o compromisso, que permanece sendo dos órgãos públicos legitimados; sanções aplicáveis na hipótese de descumprimento; a natureza jurídica de transação – exceto para direitos indisponíveis; exequibilidade; entre outros aspectos (BRASIL, 2009).

Prevê ainda um Cadastro Nacional de Compromisso de Ajustamento de Conduta com a finalidade de “permitir que os órgãos do Poder Judiciário, os co-legitimados e os interessados tenham amplo acesso às informações relevantes

relacionadas com a abertura do inquérito e a existência do compromisso” (BRASIL, 2009).

Em que pese a proposta de regulamentação, em 17 de março de 2010, a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania emitiu parecer pela rejeição do projeto. Entre os argumentos, alegou que a proposta não seria suficiente para resolver os problemas que permeiam o instituto da ação civil pública:

Em suma, a proposição não resolve os problemas do modelo atual das ações civis públicas, gera insegurança jurídica em escala inimaginável, fomenta a ida irresponsável a juízo para a defesa de interesses coletivos sem qualquer garantia de que esses interesses estejam sendo bem representados, e expõe toda a economia, toda a sociedade e todos os indivíduos ao risco de se tornarem réus numa ação em que serão tratados como párias, do começo ao seu longínquo fim. (BRASIL, 2010)

Contra o parecer foi interposto recurso para o Plenário da Câmara de Deputados, ainda pendente de julgamento. Na hipótese de sua aprovação, o novel diploma trará aspectos mais sólidos acerca do compromisso de ajustamento de conduta, especialmente em questões em que se verifica controvérsia doutrinária, o que, decerto, contribuirá para aprimorar a aplicabilidade e efetividade do instituto (NERY, 2017, p. 101).

2.1.4. Partes Legitimadas

São plúrimas as partes legitimadas à celebração do compromisso de ajustamento de conduta. Em matéria de direitos difusos e coletivos, optou o legislador por alargar o espectro de legitimados, garantindo, por consequência, maior proteção a essa categoria de interesses (AKAOUI, 2015, p. 89).

O legislador, ao catalogar os atores desse processo, optou por primeiro definir aqueles aptos à propositura da ação civil pública para, em seguida, explicitar os legitimados para tomar termo de compromisso.

Nesse aspecto, ao listar o rol de legitimados para propor ação civil pública, dispõe o art. 5º da Lei nº 7.347/1985:

Art. 5º. Têm legitimidade para propor a ação principal e a ação cautelar:
I - o Ministério Público;
II - a Defensoria Pública;
III - a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;
IV - a autarquia, empresa pública, fundação ou sociedade de economia mista;

V - a associação que, concomitantemente:

- a) esteja constituída há pelo menos 1 (um) ano nos termos da lei civil;
- b) inclua, entre suas finalidades institucionais, a proteção ao patrimônio público e social, ao meio ambiente, ao consumidor, à ordem econômica, à livre concorrência, aos direitos de grupos raciais, étnicos ou religiosos ou ao patrimônio artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico

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

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

§ 3º Em caso de desistência ou abandono da ação por associação legitimada, o Ministério Público assumirá a titularidade ativa.

§ 3º Em caso de desistência infundada ou abandono da ação por associação legitimada, o Ministério Público ou outro legitimado assumirá a titularidade ativa.

§ 4.º O requisito da pré-constituição poderá ser dispensado pelo juiz, quando haja manifesto interesse social evidenciado pela dimensão ou característica do dano, ou pela relevância do bem jurídico a ser protegido.

§ 5.º Admitir-se-á o litisconsórcio facultativo entre os Ministérios Públicos da União, do Distrito Federal e dos Estados na defesa dos interesses e direitos de que cuida esta lei.

Especificamente quanto ao compromisso de ajustamento de conduta, complementa o texto legal:

§ 6º Os órgãos públicos legitimados poderão tomar dos interessados compromisso de ajustamento de sua conduta às exigências legais, mediante cominações, que terá eficácia de título executivo extrajudicial.

A amplitude de legitimados se justifica pelo grau de importância que possuem os direitos transindividuais no ordenamento jurídico pátrio, mormente por figurarem direitos fundamentais do indivíduo. Concentrar a legitimidade em poucos atores seria, por assim dizer, restringir o próprio grau protecionista que essa categoria de direitos e interesses reclama (AKAOUI, 2015, p. 89).

Percebe-se, contudo, pela leitura da norma trasladada, que o rol de legitimados para a propositura de ação civil pública é mais abrangente que aquele previsto para a celebração do compromisso de ajustamento de conduta. Isso porque previu a norma que os órgãos públicos legitimados à propositura da ação civil pública – e somente eles – poderão tomar dos interessados compromisso de ajustamento para adequação do comportamento às prescrições legais.

Destaca Akaoui (2015, p. 89) que, ao excluir as associações civis do rol de legitimados, o legislador acabou restringindo, timidamente, é verdade, o alcance para a obtenção deste título executivo extrajudicial.

Ocorre que, por tratar de uma categoria de interesses tipicamente coletivos, que prima, essencialmente, pelo bem comum, afigura-se melindroso, de certo modo, conferir tal possibilidade a uma entidade privada. Ao revés, em se tratando de órgão público, pela própria natureza constitutiva e pelos princípios básicos que norteiam suas atividades, até mesmo pela confiabilidade que explanam frente aos destinatários da norma, o risco de indevida ingerência quando da celebração do ajuste aparenta mais improvável de ocorrer.

Desse modo, a legitimidade para a resolução negociada em matéria de direitos transindividuais foi conferida ao Ministério Público e demais órgãos públicos colegitimados à propositura de ação civil pública.

Percebe-se da descrição legal que foi conferida legitimidade a sujeitos não coincidentes com os titulares dos interesses envolvidos. Isso se justifica pelo fato de esses direitos/interesses pertencerem à coletividade, fato intrínseco à natureza dos direitos transindividuais. Ora, se os direitos tutelados por meio do compromisso de ajustamento de conduta têm como titulares uma coletividade de pessoas, inimaginável seria conferir-lhes legitimação pessoal (NERY, 2017, p. 144).

Assim, na celebração do ajuste, embora os legitimados estejam personificados nos órgãos, entes e instituições públicas descritas na norma, assim o fazem não em interesse próprio, mas em benefício da coletividade que naquele ato estão a representar. Defende Rodrigues (2011, p. 195) que esta legitimidade soa como “uma espécie de substituição, pois os órgãos legitimados atuam em nome próprio quando celebram os ajustes, para favorecer a esfera jurídica de outros, quase sempre atingindo a esfera extrapatrimonial dessas pessoas”.

Questão que encerra certa controvérsia doutrinária diz respeito a quais órgãos públicos estão incluídos no preceito legal e, portanto, legitimados a tomar termo de compromisso.

Em relação ao Ministério Público, não prospera qualquer dúvida, haja vista decorrer das próprias funções institucionais a atribuição para esse mister. Impera relevar que referidas funções estão elencadas no texto constitucional, no art. 129, que expressamente prevê lhe competir a proteção do patrimônio público e social, a proteção do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos.

Confere-lhe ainda, no mesmo dispositivo, “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia”, bem como exercer outras funções que lhe forem conferidas, desde que compatíveis com sua finalidade (BRASIL, 1988).

Houvesse qualquer dúvida acerca de sua legitimidade a tomar o compromisso de ajustamento de conduta para o fim de tutelar direitos difusos e coletivos, restaria superada ante a cláusula de abertura prevista no texto constitucional.

A legitimação da Defensoria Pública, por sua vez, já foi objeto de questionamentos, sendo levada, inclusive, à discussão perante o Supremo Tribunal Federal. Nesse contexto, a Confederação Nacional do Ministério Público (CONAMP) propôs ADI (nº 3943/2007) em que pretendia discutir a validade da Lei nº 11.228/2007, que incluiu a Defensoria Pública entre os legitimados, sob o argumento de, ao assim proceder, possibilitar indevida restrição na atuação constitucional do Ministério Público. No entanto, o art. 134 da Constituição Federal, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 80, de 2014, suprimiu qualquer discussão, conforme se nota:

A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal. (BRASIL, 1988)

Ademais, ao julgar a ADI nº 3943/2007, entendeu o Supremo Tribunal Federal pela sua improcedência²¹, ao fundamento de que inexistia norma constitucional que proíba a atuação da Defensoria Pública na defesa de direitos difusos e coletivos, tampouco confere exclusividade ao Ministério Público nesse tocante. A ampliação das atribuições da Defensoria Pública é medida que promove o acesso à Justiça e é perfeitamente compatível com sua natureza institucional.

Em relação aos demais órgãos públicos legitimados, cumpre-nos algumas ponderações. Nota-se claramente que a expressão “órgãos públicos”, no texto legal, denota flagrante atecnia. Órgão público, na definição própria do Direito Administrativo, traduz “unidade de atuação integrante da estrutura da Administração

²¹ Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2548440>

direta e da estrutura da Administração indireta”, carentes de personalidade jurídica (BRASIL, 1999).

As entidades, por sua vez, são as instituições dotadas de personalidade jurídica que também compõem a estrutura organizacional de dado ente. Os entes federativos – União, Estados, Distrito Federal e Municípios – são pessoas jurídicas de direito público interno, conforme art. 41 do Código Civil Brasileiro, assim como as autarquias e fundações públicas. Por fim, as empresas públicas e as sociedades de economia mista são pessoas jurídicas de direito privado, embora integrem a administração indireta de quaisquer dos entes já mencionados e podem ser prestadoras de serviços públicos ou exploradoras de atividade econômica.

Portanto, em que pese o texto legal ter feito referência, genericamente, a “órgãos públicos”, quis fazê-lo no intuito de abranger as pessoas jurídicas de direito público interno, as entidades que compõem a administração indireta e os órgãos públicos que integram a administração direta, desde que possuam legitimidade para propositura de ação civil pública. Geisa de Assis Rodrigues (2011, p. 141) defende que os órgãos públicos típicos, ainda que carecedores de personalidade jurídica, poderão firmar compromisso de ajustamento de conduta se detentores de personalidade moral, a exemplo do PROCON e órgãos do Sistema Nacional do Meio Ambiente, posto legitimados a agir em juízo.

A legitimidade dos entes federativos, autarquias e fundações públicas é incontroversa, pois poderão tomar compromisso nas hipóteses em que evidenciada pertinência temática entre o conteúdo do ajuste e as atribuições incumbidas a cada um deles (RODRIGUES, 2011, p. 145).

Em entendimento diverso, Ana Luiza Nery defende que a legitimidade conferida pelo preceito legal “[...] não significa que o órgão público deverá centrar suas atribuições unicamente aos assuntos a ele relacionamentos diretamente [...]”, de modo que não reputa adequada a limitação da atuação destes legitimados para tomar o compromisso apenas em matérias atinentes às suas competências institucionais (NERY, 2017, p. 147). Exemplifica a autora:

[...] o órgão público legitimado à defesa, por exemplo, do meio ambiente pode tomar compromisso de ajustamento em tema que envolva não apenas o meio ambiente, mas outros direitos metaindividuais que tenham relação com ele, de sorte que não poderá ser oposta ao interessado essa argumentação obstaculativa ao exercício de seu direito subjetivo à celebração do compromisso. (NERY, p. 149)

No tocante às chamadas autarquias especiais (entidades fiscalizadoras do exercício das profissões), entende Akaoui (2105, p. 94) pela impossibilidade da legitimação para celebrar o ajuste, haja vista a ausência de vínculo com o Poder Executivo de um dos entes federados. Em sentido oposto, Rodrigues (2011, p. 143) entende pela possibilidade de essas entidades celebrarem o compromisso de ajustamento de conduta no âmbito de sua atuação.

Merece destaque, nesse cenário, a situação da legitimidade das empresas públicas e sociedades de economia mista. É que referidas entidades são pessoas jurídicas de direito privado e podem ser prestadoras de serviço público ou exploradoras de atividade econômica.

Quanto a isso, entende Akaoui (2015, p. 93) que, quando figurarem como entidades exploradoras de atividade econômica, não poderão as empresas públicas e sociedades de mista tomarem compromisso de ajustamento de conduta, porquanto não terem sido criadas com o escopo da prestação de serviços públicos e se aproximarem do regime jurídico próprio das empresas privadas.

Do mesmo modo, defende Rodrigues (2011, p. 142) que as referidas entidades, ainda que qualificadas como pessoas jurídicas de direito privado, poderão celebrar o ajuste se – e somente se – figurarem como prestadoras de serviço público. Caminha no mesmo sentido o posicionamento de Nery (2017, p. 153), que entende que poderão entabular o compromisso de ajustamento as entidades da administração indireta que busquem, em suas atribuições, o interesse público.

Na mesma linha, é a lição de Mazilli (2006, p. 105):

Parece-nos que, quando se tratar de órgãos pelos quais o Estado administra o interesse público, ainda que da chamada administração indireta (como autarquias, fundações públicas ou empresas públicas), nada obsta a que tomem compromissos de ajustamento quando ajam na qualidade de entes estatais (quando prestem serviço público). Contudo, para aqueles órgãos dos quais o Estado participe, quando concorram na atividade econômica em condições empresariais, não se lhes pode conceder essa prerrogativa de tomar compromissos de ajustamento de conduta, sob pena de estimular desigualdades afrontosas à ordem jurídica, como é o caso das sociedades de economia mista ou das empresas públicas, quando ajam em condições de empresas de mercado.

Registre-se que há entendimento contrário, admitindo a possibilidade de celebração de compromisso de ajustamento de conduta, ainda que as empresas públicas e sociedades de economia mista explorem atividade econômica, desde que

a questão seja lhes seja pertinente (RODRIGUES apud Fernando Grella, 2017, p. 153).

Desse modo, conforme entendimento majoritário, poderão tomar a iniciativa para a celebração do compromisso de ajustamento de conduta o Ministério Público, a Defensoria Pública, os entes federativos, os órgãos públicos integrantes da administração direta legitimados a agir em juízo e as entidades componentes da administração indireta que ostentem a natureza pública ou, quando privadas, figurem como prestadoras de serviços públicos. Estes sujeitos, dos quais partirá a iniciativa para celebração do ajuste, podem ser denominados compromitentes (NERY, 2017, p. 146). Em relação aos dois primeiros, serão representados, quando da celebração, por qualquer membro; a representação dos entes federativos ficará a cargo do Chefe do Poder Executivo de cada um e, em relação aos demais órgãos públicos, do presidente da instituição respectiva.

Segundo Nery, o interessado em adequar sua conduta às prescrições legais pode ser denominado compromissário (2017, p. 146). Em via reversa, Mazilli (2006, p. 109) não acha adequada a utilização desta terminologia pela falta de congruência lógica entre os respectivos atores do ajuste. E assim procede ao traçar um paralelo com as figuras do compromitente e compromissário no contrato de promessa de compra e venda. Sob essa ótica, aduz:

O tomador do compromisso não promete nada. Quem é promitente é o causador do dano: é este o único obrigado, é ele o único que se compromete a adequar sua conduta às exigências da lei.

O fato é que boa parte da doutrina utiliza essa nomenclatura, assim como a Resolução CNMP nº 179/2107, motivo pelo qual será a adotada no presente estudo.

Prevê ainda a referida resolução:

§ 1º Quando o compromissário for pessoa física, o compromisso de ajustamento de conduta poderá ser firmado por procurador com poderes especiais outorgados por instrumento de mandato, público ou particular, sendo que neste último caso com reconhecimento de firma.

§ 2º Quando o compromissário for pessoa jurídica, o compromisso de ajustamento de conduta deverá ser firmado por quem tiver por lei, regulamento, disposição estatutária ou contratual, poderes de representação extrajudicial daquela, ou por procurador com poderes especiais outorgados pelo representante.

§ 3º Tratando-se de empresa pertencente a grupo econômico, deverá assinar o representante legal da pessoa jurídica controladora à qual esteja vinculada, sendo admissível a representação por procurador com poderes especiais outorgados pelo representante.

§ 4º Na fase de negociação e assinatura do compromisso de ajustamento de conduta, poderão os compromissários ser acompanhados ou

representados por seus advogados, devendo-se juntar aos autos instrumento de mandato.

Como dito anteriormente, a normativa emanada da resolução tem aplicabilidade apenas nos compromissos de ajustamento de conduta celebrados na instituição ministerial.

Destacamos, por fim, que, quando for firmado o ajuste com pessoa jurídica de direito público ou de direito privado, poderá conter, adicionalmente, obrigações para as pessoas naturais que as representam, desde, claro, que para isso tenham livremente acordado (RODRIGUES, 2011, p. 154).

Tanto um, como o outro polo, exigem partes capazes para contratar.

2.1.5 Objeto do compromisso de ajustamento de conduta

Definir o objeto do compromisso de ajustamento de conduta é perquirir no campo daquilo que pode ser alvo do ajuste. Sobre quais matérias versará o referido instrumento? Quais as obrigações que podem, através de sua celebração, serem pactuadas?

As respostas a essas indagações devem partir do pressuposto de que o instrumento visa recompor ou minorar/prevenir as consequências danosas aos direitos transindividuais lesados em decorrência de comportamentos contrários às exigências legais. O comportamento causador da lesão pode ser comissivo ou omissivo, conquanto que apto a ofender interesses difusos e coletivos.

A função primordial é fazer cessar a lesão/ameaça aos direitos desta natureza. O modo através do qual se fará é mediante a readequação do comportamento às prescrições legais, por meio do ajustamento da conduta, ocasião em que serão debatidas a lesão e suas consequências, as obrigações a serem assumidas, as possíveis sanções em razão de um eventual descumprimento, entre outras questões essenciais ao atingimento da medida.

O objeto ou conteúdo do ajuste passa, pois, pela necessária avaliação do dano (efetivo ou potencial) ocasionado pela conduta (comissiva ou omissiva). Esse estudo prévio se mostra indispensável à formalização do compromisso de ajustamento, pois através dele se conseguirá chegar às necessidades reclamadas pela devida reparação:

“[...]é necessário que haja a delimitação da ação ou omissão, da dimensão do dano existente ou potencial, de modo a que reste evidenciado que as obrigações pactuadas possam realmente atender à defesa dos direitos em jogo”. (RODRIGUES, 2011, p. 155)

Deste modo, deve ser analisada pormenorizadamente a conduta infratora e as consequências dela decorrentes, avaliadas, claramente, as possíveis formas de reparação do dano para, então, serem iniciadas as tratativas acerca da resolução negociada. A composição dos conflitos realizada através do ajuste deve ser buscada de forma a efetivar a satisfação dos direitos e interesses ofendidos, mediante o ajuste das obrigações necessárias ao cumprimento das normas legais.

O compromisso de ajustamento de conduta, por traduzir forma de composição extrajudicial de conflitos em matéria de direitos transindividuais, é fruto de negociação entre compromitente – legitimado a tomar o compromisso – e compromissário – autor do comportamento ou responsável pelos danos decorrentes deste comportamento. Por envolver lesão/ameaça a direitos difusos e coletivos, não há discricionariedade quanto à opção em agir ou não agir. Das duas, uma: ou se toma o compromisso de ajustamento de conduta ou se maneja a ação civil pública correspondente.

O primordial é fazer cessar a lesão ou ameaça a tais direitos e, para tanto, há o caminho do compromisso de ajustamento de conduta, por vezes mais eficaz e célere, e o caminho da ação civil pública. O desgaste de um processo judicial, aliado aos custos e à demora na satisfação dos interesses envolvidos, faz do compromisso de ajustamento a opção que merece inicialmente ser tentada.

Nesse sentir, aos legitimados em tomar o compromisso pouco resta em termos de discricionariedade, pois, como anota Akaoui (2015, p. 85), “[...] possuem um poder/dever no sentido de, nele, abarcar todos os pedidos que seriam lícitos de serem feitos em ação civil pública”.

É inegável que esse posicionamento coaduna com toda a trajetória de proteção dos direitos fundamentais – dentre os quais inserem-se os direitos difusos e coletivos. Tradicionalmente, referida categoria reclama ampla proteção estatal, de modo que qualquer violação merece a devida tutela da forma mais célere que se possa.

A reparação deve ser buscada, de forma breve e eficaz, e os órgãos/instituições/entidades públicos legitimados, quando de sua formalização,

deverão, tanto quanto possível, abarcar todas as obrigações suficientes à efetiva implementação.

Vale ressaltar que essa discricionariedade ocorre em relação às matérias que serão abarcadas no ajuste. Não se trata de discricionariedade em celebrar ou não o compromisso, pois, como negócio jurídico bilateral que é, pressupõe aceitação do legitimado passivo e não obriga o legitimado ativo a celebrar, que poderá, caso entenda mais conveniente, propor diretamente a ação civil pública. O STJ, por meio do REsp. nº 895.443/RJ, já enfrentou o tema e decidiu pela não obrigatoriedade do compromisso de ajustamento de conduta como condição prévia à propositura da ação civil pública (FONSECA, 2015, p. 115).

Nery (2017, p. 159) defende que o referido ajuste poderá abarcar a totalidade ou apenas parte das matérias passíveis de discussão em ação civil pública, desde que essa seja a melhor solução. Posiciona-se a autora:

[...] o compromisso pode versar sobre a totalidade ou transcender a matéria discutida ou passível de discussão em sede de ação civil pública, bem como versar sobre matéria investigada por meio de procedimento administrativo ou inquérito civil [...]

Cumprasseverar que o art. 2º da Resolução CNMP nº 179 aduz que o órgão do Ministério Público poderá tomar o compromisso para adoção de medidas provisórias ou definitivas, parciais ou totais, restando continuadas as investigações entre as provisórias ou parciais (BRASIL, 2017).

Em vista da indisponibilidade dos interesses em jogo, evidenciada por não constituir transação em sua essência, o tomador do ajustamento de conduta não tem a seu dispor liberdade plena para negociar, mas sim uma discricionariedade formal, que, nos dizeres de Akaoui (2105, p. 87), seria aquela suficiente para definir a melhor forma para que o compromissário adeque sua conduta aos termos legais. Em complemento ao pensamento do autor, o §4º da Resolução CNMP nº 179 determina que caberá ao MP decidir, mediante análise de critérios de conveniência e oportunidade, acerca da necessidade de reuniões ou audiências públicas com os titulares de direitos e/ou entidades representativas respectivas.

Nesse contexto, poderíamos pensar, por exemplo, em discricionariedade quanto aos critérios temporais para cumprimento das obrigações (por obviedade, desde que sejam razoáveis ao restabelecimento ou prevenção dos danos), critérios orçamentários quando o compromissário for o Poder Público, critérios inerentes ao

modo em que as obrigações serão cumpridas, entre outros aspectos que não importem na disponibilidade dos interesses envolvidos. Segue em mesma lógica o §1º do art. 1º da Resolução CNMP nº 179:

§ 1º Não sendo o titular dos direitos concretizados no compromisso de ajustamento de conduta, não pode o órgão do Ministério Público fazer concessões que impliquem renúncia aos direitos ou interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos, cingindo-se a negociação à interpretação do direito para o caso concreto, à especificação das obrigações adequadas e necessárias, em especial o modo, tempo e lugar de cumprimento, bem como à mitigação, à compensação e à indenização dos danos que não possam ser recuperados.

As matérias passíveis de solução por meio da celebração do compromisso de ajustamento de conduta são aquelas atinentes aos direitos transindividuais – direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos. E alcança qualquer direito ou interesse dessa natureza. Rodrigues (2011, p. 160), após pesquisar os compromissos de ajustamento de conduta firmados no Ministério Público Federal no período de 1992 a 2004, concluiu:

Mesmo que a prática venha demonstrando que há uma incidência maior de termos de ajustamento de conduta que versam sobre direitos difusos, não cremos que exista fundamento jurídico para aprioristicamente afastar do objeto do termo os demais tipos de direitos transindividuais. Todavia, consideramos que a eficácia do compromisso será diferenciada dependendo do tipo de direito em questão, questão que será posteriormente analisada. A matéria sobre a qual pode versar o ajustamento de conduta é bastante variada. Podem ser direitos transindividuais ligados ao meio ambiente, ao consumidor, à saúde, ao patrimônio histórico, à ordem econômica, à cidadania, aos direitos indígenas, à proteção dos direitos das pessoas portadoras de deficiência, à educação, aos direitos das crianças, adolescentes e idosos, dos trabalhadores e a tantos outros.

Desse modo, poderá o ajuste versar sobre qualquer tipo de direito transindividual que possa ser tutelado via ação civil pública. A composição efetiva dos danos, por seu turno, poderá variar, quanto à eficácia da medida, a depender do direito envolvido. Mas essa circunstância será avaliada previamente pelo legitimado a tomar o compromisso, de modo que, caso não vislumbrada a efetividade que a situação reclama, optará, por certo, pelo manejo da ação civil pública.

Ponto importante acerca da matéria objeto do ajuste diz respeito às questões que envolvem improbidade administrativa. Nesse tocante, destaca Rodrigues (2011, p. 153):

A lei pode excluir da possibilidade da tutela extrajudicial algumas matérias que, por sua gravidade e lesividade, tornem inadequada a existência de qualquer margem de negociação quanto a prazo, modo e lugar de cumprimento da obrigação. A Lei n. 8.429/ 1992, ao dispor no § 1º do art. 17 que “é vedada a transação, acordo ou conciliação nas ações de trata o

caput”, excluiu da esfera de um possível ajuste de conduta a reparação de danos advindos da prática de improbidades administrativas.

O entendimento da autora, portanto, caminhou no sentido da impossibilidade da celebração do compromisso de ajustamento de conduta em virtude da regra que veda transação, acordo ou conciliação no bojo das ações de improbidade administrativa.

Em sentido diametralmente oposto, no entanto, prevê a Resolução CNMP nº 179/2017:

Art. 1º. (...)

§ 2º É cabível o compromisso de ajustamento de conduta nas hipóteses configuradoras de improbidade administrativa, sem prejuízo do ressarcimento ao erário e da aplicação de uma ou algumas das sanções previstas em lei, de acordo com a conduta ou o ato praticado.

Ao que parece, entendeu a resolução que os procedimentos não são inconciliáveis. Nessa toada, ainda que a matéria versada envolva, além da lesão a direitos transindividuais, ato de improbidade administrativa, nada obsta que, em relação à cessação da lesão a esses direitos, seja firmado o compromisso de ajustamento de conduta e, paralelamente, no que se refere ao ato de improbidade administrativa, seja manejada a respectiva ação com a aplicação das sanções previstas na lei regente.

No tocante à natureza das obrigações constantes do ajuste, podem variar conforme a necessidade e adequação da medida para o fim do ajustamento da conduta à norma legal. Comumente revestem-se de obrigações de fazer ou não fazer, por vezes suficientes à cessação da lesão aos direitos transindividuais.

Grande parte dos direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos figuram entre os direitos sociais – aqueles denominados direitos prestacionais que, para sua efetivação, demandam uma ação do Poder Público. Nesse sentir, a lesão já se inicia mediante a inação estatal. Nessas hipóteses, por exemplo, a obrigação de fazer aparece como medida adequada à sua efetivação. *A contrario sensu*, quando a lesão é ocasionada por uma ação, a obrigação que salvaguardará o interesse ofendido é a de não fazer. Rodrigues (2011, p. 166) destaca que, em pesquisa realizada no MPF em dado período de tempo, verificou-se que significativa parcela dos ajustes trata de obrigações de fazer e não fazer.

Mazilli (2006, p. 95) restringe a celebração do compromisso às obrigações de fazer e não fazer. São seus termos:

O objeto do compromisso de ajustamento pode versar qualquer obrigação de fazer ou não fazer, no zelo de quaisquer interesses difusos, coletivos ou individuais homogêneos, o que inclui, basicamente a proteção a danos efetivos ou potenciais aos seguintes interesses: a) meio ambiente; b) consumidor; c) ordem urbanística; c) patrimônio cultural (bens e valores artísticos, estéticos, turísticos, paisagísticos, arqueológicos, históricos); d) ordem econômica e a economia popular; e) crianças e adolescentes; f) idosos; f) pessoas portadoras de deficiência; g) investidores no mercado de valores mobiliários; h) quaisquer outros interesses transindividuais.

No mesmo sentido, José dos Santos Carvalho Filho (1995, p. 139) defende que o compromisso jamais poderá versar sobre obrigação de indenizar, mas tão somente obrigações de fazer e não fazer.

Contudo, destaca Rodrigues (2011, p. 168) que parte da doutrina entende que, quando não há uma forma de reparação específica do dano ou a possibilidade de uma obrigação de fazer compensatória, seria admissível a cláusula de indenizar, desde que haja somente esse meio de reparação e após concluir que esse resultado seria idêntico ao obtido por meio de ação judicial. A autora, que possui idêntico entendimento, ressalva que essa opção deve configurar excepcionalidade, sob o risco de configurar verdadeira transação (2011, p. 168).

Nery coaduna desse posicionamento ao defender que:

[...] tem-se que o compromisso de ajustamento de conduta deve abarcar, prioritariamente, a recomposição do bem jurídico ao *status quo ante*, isto é, ao estado em que se encontrava antes de ter sofrido o efetivo dano. Apenas em face da impossibilidade da reversibilidade integral do dano material ou, ainda, existindo dano extrapatrimonial, é que deve haver a cumulação com a compensação, por meio de obrigações de dar e/ou indenizar, com vistas a ressarcir o que foi lesado.

Akaoui (2015, p. 129-130) defende, acertadamente, nos compromissos de ajustamento de conduta ambiental, a possibilidade do manejo de obrigação de dar coisa certa (sendo esta coisa o próprio bem jurídico protegido) e a possibilidade de indenização se não for possível, tecnicamente, a reversão do dano.

Por derradeiro, num caminho guiado pela logicidade, a contrapartida que se mostra mais apropriada para a readequação de conduta é a formalização de obrigações de fazer e de não fazer. No entanto, caso não sejam suficientes à satisfação dos interesses envolvidos, poderá o legitimado ativo, caso visualize tal possibilidade como adequada à resolução do conflito, fazer uso de obrigação de dar ou indenizar, que será, enfim, acordada com o legitimado passivo e seu produto destinado a fundos próprios.

Nesse sentido, aliás, a Resolução nº 179 do CNMP:

Art. 5º As indenizações pecuniárias referentes a danos a direitos ou interesses difusos e coletivos, quando não for possível a reconstituição específica do bem lesado, e as liquidações de multas deverão ser destinadas a fundos federais, estaduais e municipais que tenham o mesmo escopo do fundo previsto no art. 13 da Lei nº 7.347/1985.

§ 1º (...)

§ 2º Os valores referentes às medidas compensatórias decorrentes de danos irreversíveis aos direitos ou interesses difusos deverão ser, preferencialmente, revertidos em proveito da região ou pessoas impactadas. (BRASIL, 2017)

2.1.6. Eficácia

Perquirir o caminho eficaz de dado negócio é analisar a sua aptidão para produzir efeitos no mundo jurídico. Estes podem ser vistos como os reflexos ou as consequências de determinado ato, ou ainda, como o resultado que normalmente se espera com a prática daquele ato.

Com a celebração do compromisso de ajustamento de conduta, o resultado esperado é a cessação do dano aos direitos difusos, coletivos ou individuais homogêneos, mediante a adequação às normas legais do comportamento danoso, culminando com a formação de título executivo extrajudicial.

A produção de efeitos decorrente do compromisso de ajustamento de conduta se inicia tão logo seja assinado, salvo na hipótese de ter sido consignado um outro momento para essa produção, fato que pode efetivamente ocorrer. Contudo, ante a importância dos direitos por meio dele tutelados, não é recomendável que seja celebrado sob condição suspensiva, de modo que deverá estar apto à produção de efeitos assim que formalizado e cumpridos os requisitos de praxe (RODRIGUES, 2011, p. 185).

Dois são os principais efeitos da celebração do compromisso de ajustamento de conduta, segundo a visão de Rodrigues (2011, p. 185): a determinação da responsabilidade do compromissário e a formação de título executivo extrajudicial.

Para Akaoui (2015, p. 111), também são duas as principais consequências jurídicas advindas da formalização do mencionado ajuste: a impossibilidade da propositura de ação civil pública para tutelar o objeto já resguardado via compromisso de ajustamento de conduta, ante a falta de interesse processual; a extinção de ação civil pública, sem análise do mérito em decorrência

de carência superveniente, quando proposta anteriormente à formalização do compromisso de ajustamento de conduta, mas tratando de objeto nele regulamentado *a posteriori*.

Destaca o autor que, em vista da particularidade de se formar título executivo extrajudicial com a celebração do compromisso de ajustamento de conduta, não há razão para se admitir o manejo de ação civil pública com idêntico objeto ao nele tutelado, já que o provimento final, igualmente, resultará num título passível de execução. Ressalva, contudo, a possibilidade do ajuizamento da ação civil pública na hipótese de cláusula do compromisso não se mostrar suficiente e adequada à reparação do dano, necessitada de ser reparada ou suprimida (AKAOUI, 2015, p. 111). Desse modo, com o advento de fato novo, o ajuste poderá ser objeto de renegociação.

Em relação à eficácia, compete-nos ainda indagar: a quem são dirigidos os efeitos? Já se disse que o instrumento é firmado pelo órgão público, em nome próprio, na defesa de direitos pertencentes a uma coletividade. O autor da conduta danosa, por seu turno, ao firmar o referido ajuste, aceita as cláusulas insertas em seu conteúdo e compromete-se a cumpri-las com o fim de pôr termo às lesões até então perpetradas.

Nesse sentir, indiscutível que os efeitos da celebração atingem tanto uma, como outra parte – ambos celebrantes. De um lado, a coletividade representada pelo legitimado ativo, de outro o compromissário que se obrigou a cumprir o ajuste após assinatura e demais formalidades legais. Akaoui (2015, p. 112) caminha nessa linha de entendimento, ao defender que os efeitos do ajuste serão *intra partes*.

Nery (2017, p. 196-197) entende que o alcance eficaz do ajuste variará conforme a categoria de direito metaindividual envolvido. Se o objeto do compromisso de ajustamento de conduta envolver direito difuso, os efeitos serão *erga omnes*; se o ajuste tutelar direitos coletivos, os efeitos serão *ultra partes* (grupo que faz parte da coletividade atingida); por fim, se o ajuste envolver direito individual homogêneo, os efeitos serão também *erga omnes*, salvo para o particular que pretender ajuizar demanda individual. A autora faz uso, portanto, do raciocínio utilizado para a coisa julgada da ação civil pública, que assim destaca:

Isso quer significar que compromisso de ajustamento de conduta repercute na esfera jurídica das partes que o subscreveram, bem como na dos titulares dos direitos metaindividuais objeto do mesmo compromisso, que

pode versar sobre direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos e, ainda, na dos demais colegitimados à celebração do ajustamento, que não figuraram como parte no negócio, mas que, na qualidade dos representantes dos interesses da coletividade, devem observar os termos do ajuste, ficando a eles também obrigados (2017, p.196-197).

Desse modo, os demais colegitimados, ainda que não tenham participado efetivamente do ajuste, não poderão firmar novo compromisso com mesmo objeto ou ajuizar ação civil pública para tutela dos mesmos interesses. Corrobora com esse entendimento Rodrigues (2011, p. 187), para quem “[...] os outros colegitimados se vinculam ao ajuste daquela conduta específica e só podem adotar alguma medida judicial contra o obrigado se invalidarem o compromisso”.

Na mesma linha, Akaoui (2015, p. 111) entende que não haverá interesse dos colegitimados a propor ação civil pública para obtenção daquilo que já pode ser executado via compromisso de ajustamento.

Quanto aos compromissários, os efeitos somente atingem aqueles que efetivamente assinaram o compromisso de ajustamento, ainda que haja mais de um autor do dano. Em virtude de a natureza do ajuste reportar a negócio jurídico bilateral, com formalização via consenso, não se reputa cabível obrigar infrator que dele não participou. Nada obsta, porém, que seja responsabilizado mediante ação própria, se a conduta por ele praticada não constar do objeto do ajuste firmado.

Firmado o ajuste, será dada a devida publicidade, não constituindo, no entanto, condição para a sua eficácia.

A celebração do compromisso de ajustamento de conduta implica na formação de título executivo extrajudicial. É dizer, após formalizado, mediante o cumprimento das etapas que lhe são próprias, ganha força executiva. Poderá, qualquer das partes, na hipótese de descumprimento, ajuizar ação de execução sem que, para isso, precise passar por um processo de conhecimento prévio.

As regras atinentes à ação de execução estão previstas a partir do art. 771 do NCPC, sendo imprescindível, a existência de título que consubstancie obrigação certa, líquida e exigível (BRASIL, 2015). Para se valer da execução, portanto, deve o exequente portar documento em que circunstanciada a obrigação pactuada, mediante a definição das partes credora e devedora, da natureza da prestação que busca adimplir e a descrição de seu objeto de forma clara e específica.

No caso das obrigações de fazer e não fazer, a liquidez, normalmente, vem identificada na conduta buscada pelo credor, a ser praticada pelo devedor e é requisito imprescindível à executoriedade do título:

A que requisitos deve atender o ajustamento de conduta? Quer consideremos que apenas a certeza é importante para o ajuste, quer reputemos que tanto a certeza quanto a liquidez devam estar presentes, o que não pode faltar no ajuste é a definição de quem é o responsável pelo seu cumprimento, a delimitação do seu objeto, e, sendo cláusula de indenizar, o valor quantificado; sendo cláusula de entregar coisa, a individuação precisa desta; sendo obrigação de fazer e de não fazer, a definição mais precisa possível dessa obrigação, o modo de cumpri-la, onde cumpri-la, que resultado prático se visa obter. (RODRIGUES, 2011, p. 191)

Nota-se, pois, que no compromisso de ajustamento de conduta, ainda que se trate de obrigação de fazer ou de não fazer, deve ser buscada, tanto quanto possível, a liquidez do título quando de sua formalização, de forma a garantir a preservação dos direitos transindividuais por meio dele tutelados.

2.1.7. Controle e possíveis sanções

Como qualquer ato praticado por órgão público está sujeito a controle, o compromisso de ajustamento de conduta segue a mesma lógica. Assim, deve ser fiscalizado a fim de verificar sua efetividade e, na hipótese de descumprimento, aplicar as penalidades cabíveis.

O controle variará conforme varie o órgão público celebrante. Na hipótese de o Ministério Público figurar como legitimado ativo, os mecanismos de fiscalização dos compromissos firmados em âmbito extrajudicial serão disciplinados por cada Conselho Superior, conforme art. 6º da Resolução CNMP nº 179/2017.

Quando o órgão celebrante for o Poder Público, o controle poderá ser feito pelo órgão de controle interno responsável em cada Poder, a depender das regras internas aplicáveis e respeitada a autonomia do ente a que estiver subordinado.

Em relação às sanções, procuraremos demonstrar aquelas passíveis de previsão no compromisso de ajustamento de conduta que, mais que adequadas, se mostram necessárias à efetividade da medida.

Como negócio jurídico bilateral, fruto da consensualidade, é indispensável a previsão de alguma sanção para a hipótese de descumprimento por uma das partes celebrantes. Essa, aliás, é a previsão contida no art. 5º, §6º da Lei nº

7347/1985 que, ao instituir o compromisso de ajustamento de conduta, estabelece que será formalizado mediante cominações.

A Resolução CNMP nº 179/2017, aplicável aos compromissos de ajustamento celebrados pelo Ministério Público, tem previsão semelhante no art. 4º, ao prever a instituição de multa diária ou outras espécies de cominação, quando da celebração do ajuste, para o caso de descumprimento das obrigações e dos prazos estipulados, admitindo-se, em casos excepcionais e devidamente fundamentados, a estipulação da cominação em juízo, caso necessária à execução do compromisso (BRASIL, 2017).

A estipulação de cominações, portanto, encontra-se umbilicalmente ligada à efetividade do ajuste, à sua concreção no plano dos fatos e, via de consequência, à cessação do comportamento danoso e ao respeito aos direitos transindividuais envolvidos.

Nesse sentir, em relação às cominações, são essenciais as seguintes previsões:

[...] (a) prazo para cumprimento da obrigação principal; (b); termos inicial e final da incidência da multa periódica; (c) multa diversa – em natureza, valor e incidência no tempo – para cada obrigação; (d) índice monetário e de correção do valor da multa; (e) destinação dos valores recolhidos a título de multa; (f) se o valor da multa será o mesmo em caso de inadimplemento parcial ou integral da obrigação; (g) se a multa aplica-se de forma individualizada ou conjunta, quando houver mais de um compromissário. (NERY apud Sílvia Capelli, 2017, p. 171)

Eventuais quantias arrecadas serão revertidas a fundos específicos, relacionados com os direitos em que se busca proteger e destinados à reconstituição dos bens lesados, conforme dispõe o art. 13 da Lei nº 7.347/1985.

2.2. ASPECTOS TELEOLÓGICOS/ FINALÍSTICOS

Ao buscar analisar os aspectos teleológicos em torno da celebração do compromisso de ajustamento de conduta se pretende explorar a finalidade do instituto enquanto instrumento de resolução negociada dos conflitos.

Para além da própria resolutividade do conflito, intrínseca, pois, à sua celebração, ao se pensar num mecanismo de solução de controvérsias apartado da judicialização, temos em mente, num primeiro plano, a maior celeridade que a resolução propiciará. A celeridade na solução da controvérsia traduz, sem sombra

de dúvida, importante aspecto finalístico do ajuste. Nesse ponto, destacam Cappelletti e Garth (1988, p. 20):

Em muitos países, as partes que buscam uma solução judicial precisam esperar dois ou três anos, ou mais, por uma decisão exequível. Os efeitos dessa delonga, especialmente se considerados os índices de inflação, podem ser devastadores. Ela aumenta os custos para as partes e pressiona os economicamente mais fracos a abandonar suas causas, ou a aceitar acordos por valores muito inferiores àqueles a que teriam direito.

Os direitos transindividuais, dentre os quais se encaixa o direito à saúde, necessitam de uma tutela mais rápida que os mecanismos formais inerentes ao Judiciário. A relevância dessa categoria de direitos instou o legislador a prever um mecanismo de tutela mais breve, pois o decurso do tempo inviabiliza a sua efetivação (RODRIGUES, 2011, p. 101).

Além deste fato, o ajuste da conduta mediante assunção de compromisso extrajudicial é uma medida menos custosa que a movimentação da máquina jurisdicional. Rodrigues (2011, p. 102) assevera que a menor onerosidade da medida pode ser facilmente percebida do ponto de vista econômico e social.

Pode-se apontar ainda como finalidade do instituto a facilitação do acesso à justiça pelos titulares dos direitos envolvidos.

É através do direito ao acesso à justiça que o indivíduo tem o poder de exercer os demais direitos dos quais é titular. Seu exercício, seja por via judicial ou extrajudicial, constitui uma importante ferramenta de justiça social.

O acesso à justiça como ordem jurídica justa não é apenas admissão ao processo, ingresso em Juízo, e sim também a possibilidade de que o maior número de pessoas possa demandar e defender-se adequadamente, eliminando conflitos e fazendo justiça (SOUZA, 2003, p. 142).

No mesmo sentido, destaca Bezerra (2008, p. 103):

[...] a problemática do acesso à justiça não pode ser estudada nos acanhados limites do acesso aos órgãos judiciais já existentes. Não se trata apenas de possibilitar o acesso à justiça enquanto instituição estatal e sim de viabilizar o acesso à ordem jurídica justa.

Assim, o compromisso de ajustamento de conduta constitui um importante mecanismo de promoção de acesso à justiça a uma coletividade de pessoas. A garantia do acesso à justiça, enquanto ferramenta apta a concretizar direitos sociais, não pode ficar resumida ao acesso à função jurisdicional (AKAOUI, 2015, p. 77).

O ajuste da conduta, quando celebrado, visa prevenir ou reparar lesão a direitos transindividuais, categoricamente plurais. Ao assim fazê-lo, tem sob sua tutela direitos pertencentes a uma coletividade de interessados que serão

beneficiados pelo seu objeto. Essa tutela, realizada em âmbito extrajudicial, possibilita aos envolvidos a promoção da justiça no caso concreto, por meio da satisfação efetiva de seus direitos ou, ao menos, por meio de um mecanismo de resolução consensual que pode garantir essa satisfação.

Em outras palavras, a concretização do direito de acesso à Justiça e a realização dos direitos assegurados aos indivíduos de forma geral e ampla são alcançadas pela utilização de mecanismos oferecidos pelo direito para que os indivíduos possam ver seus conflitos solucionados. (NERY, 2017, p. 89)

O compromisso de ajustamento de conduta, portanto, ao ser firmado, contribui sobremaneira para a ampliação do acesso à justiça da população diretamente envolvida no conflito, pois possibilita a tutela dos direitos transindividuais por meios distintos dos convencionalmente judicializados.

Além disso, conforme destaca Akaoui (2015, p. 78) a função jurisdicional, muitas vezes, não realiza verdadeiramente a paz social, pois uma das partes, ou ambas, podem não sair satisfeitas com o provimento judicial.

Como a ideia de acesso à justiça sempre esteve vinculada, por leigos e pelos operadores do direito, à ideia unilateral da via processual, os custos econômicos e sociais provocados pelo chamado “processo injusto” têm desestimulado os cidadãos a exercerem seus direitos e a resolverem seus conflitos de forma justa [...]. (BEZERRA, 2008, p. 185-186)

Outro fator preponderante quando pensamos na formalização do ajuste é a tutela preventiva de direitos, que está relacionada à priorização da prevenção em detrimento da reparação da lesão. Nesse aspecto, importa registrar que as obrigações pactuadas em seu bojo se relacionam à prevenção mesmo quando o objetivo primordial do ajuste seja a reparação de uma lesão já ocorrida. Basta pensar na hipótese de fixação de obrigações tendentes a evitar que novas lesões a direitos ocorram. Pode-se afirmar, assim, que uma das finalidades essenciais do compromisso de ajustamento de conduta é evitar a ocorrência de danos ou de novos danos a direitos transindividuais, de modo que a tutela preventiva dessa categoria de direitos é fator inconteste.

Rodrigues (2011, p. 112) elenca ainda como finalidade do presente instrumento a tutela específica das obrigações, que vem a definir como “o conjunto de remédios e providências tendentes a proporcionar àquele que será beneficiado com o cumprimento da prestação o preciso resultado prático atingível por meio do adimplemento”. Nas obrigações de fazer ou não fazer, corriqueiramente

estabelecidas no compromisso de ajustamento de conduta, a tutela específica se evidencia para fazer valer os direitos por meio dele tutelados.

Por fim, pode-se destacar como finalidade do ajuste a maior participação dos envolvidos na resolução negociada, que implica na maior publicidade, controle e eficácia do instrumento, além de vislumbrar uma solução mais democrática. Diferentemente da resolução tipicamente jurisdicional, especialmente quando ausente conciliação, a solução negociada formalizada com o ajuste da conduta intensifica o diálogo entre as partes e possibilita uma solução mais adequada do conflito. A ampla participação que culmina na construção das cláusulas pelas partes favorece a satisfação do direito pelos seus titulares e o cumprimento dos deveres por parte do compromissário. Nesse sentido, poderá o ajuste representar uma “nova forma de gerenciamento e controle de determinados conflitos sociais, resultando numa maior eficácia das normas jurídicas” (RODRIGUES, 2011, p. 116).

No direito à saúde, por exemplo, todos esses fatores são essenciais para a adequada efetividade e devem ser estimulados quando da formalização do ajuste, de modo a proporcionar a maior satisfação dos usuários do serviço público de saúde, maior eficiência do Poder Público na prestação e, via de consequência, ampliação do acesso à justiça por meio de uma resolução mais célere e menos custosa aos cofres públicos.

Entendido, pois, o regramento do compromisso de ajustamento de conduta, passamos ao estudo de seu manejo na área da saúde mental, bem como suas implicações e seus efeitos para a implementação da política de desinstitucionalização.

3 O COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA ENQUANTO INSTRUMENTO FACILITADOR DA POLÍTICA NACIONAL DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

3.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Pensar no compromisso de ajustamento de conduta como um meio para facilitar a implementação da política de desinstitucionalização vigente no país requer a análise abrangente da situação fática posta atualmente no cenário das políticas públicas de saúde mental. Nesse contexto, exporemos no presente capítulo, para além da mera adequação de sua celebração, fatores que, num ou noutro modo, influenciam a atual ineficiência da implementação dos serviços públicos correspondentes.

Um desses fatores é o fenômeno crescente da judicialização da saúde – inclusive da saúde mental, que será analisada com base nos dados fornecidos pelo CNJ através do último boletim “Justiça em Dados”.

Em contrapartida, a fim de viabilizar a implementação do direito à saúde de forma mais célere e efetiva, analisaremos os impactos que a resolução negociada dos conflitos, através da celebração do compromisso de ajustamento de conduta, poderá gerar, dentre os quais os impactos sociais, jurídicos e orçamentários.

Será ainda abordada a adequação do instrumento frente às inúmeras fragilidades encontradas na implantação da RAPS, de modo a perquirir os serviços que poderiam ser tutelados por meio de sua celebração. E, por fim, será examinado o estágio atual da RAPS em Maceió e o número de compromissos de ajustamento de conduta eventualmente firmados pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública atuantes na referida municipalidade, com vistas à implementação dos serviços públicos integrantes da política nacional de saúde mental.

3.2 A SAÚDE MENTAL E A PROTEÇÃO JUDICIAL – O QUE DIZEM OS NÚMEROS HOJE E O QUE ESTÃO POR DIZER?

Como demonstrado ao longo deste estudo, as demandas sociais na sociedade contemporânea tornaram-se bastante complexas. Com essa evolução, as

peças passaram a exigir do Estado, na qualidade de Estado-provedor, mais eficiência na disponibilização das necessidades coletivas, fato que implicou no aumento dos pedidos judiciais para cumprimento dos direitos sociais.

No campo do direito à saúde, por exemplo, cuja concretização depende da efetivação das políticas públicas próprias, este fato tem se tornado cada vez mais evidente. Sem pretensão de adentrar no cerne da polêmica afeta à judicialização das políticas públicas e nos limites necessários a esse exercício, é indiscutível que o recorrente manejo de ações judiciais em matéria de saúde tem causado transtornos no planejamento das políticas públicas e no cumprimento desse planejamento.

O direito à saúde tem custo, por vezes, alto. O dispêndio de verbas públicas decorrentes de condenações judiciais em excesso implica na desordem do orçamento afeto à pasta, finito por essência, e em prejuízos à programação da Administração Pública no tocante às políticas públicas e em distorções no tocante à prestação. Nesse sentido, destaca Henrique Ribeiro Cardoso (2017, p. 33):

Conceder a um indivíduo um direito específico (integralidade) em face do Estado que não será estendido a todos os que estiverem em idêntica situação (universalização) pode ensejar o reconhecimento de um regime diferenciado, desigual, não isonômico. Se as necessidades são ilimitadas, os recursos públicos não o são.

O Poder Judiciário lida ainda com dificuldades de ordem técnica para embasar a concessão desses pleitos, especialmente quanto aos procedimentos de alto custo e quanto isso vai impactar no direito dos demais usuários. A concessão desenfreada tem sido objeto de grande preocupação por parte do Poder Executivo, enquanto sujeito obrigado a prestar assistência à saúde digna e gerenciar o orçamento a ela destinado; por parte do Poder Judiciário, que se vê abarrotado de processos judiciais dessa natureza sem a devida estrutura funcional para fornecer uma prestação jurisdicional a contento; por parte da sociedade civil, que deseja o aprimoramento do serviço para o usuário; e por parte das instituições que integram as funções essenciais à justiça, atores indispensáveis no processo de busca de efetivação do direito à saúde.

A preocupação tem razão de ser. De acordo com as estatísticas oficiais divulgadas pelo CNJ, através do relatório “Justiça em Números”²², no ano de 2016 foram parar no Poder Judiciário 272.152 novos casos relacionados ao direito da

²²Os dados foram coletados do relatório “Justiça em Números”, versão digital e iterativa, disponível no sítio eletrônico do CNJ.

saúde; destes, 1.529 eram sobre saúde mental (CNJ, 2018). Em 2017, foram judicializados 276.507 novos casos de saúde, dentre os quais, 2.127 eram relacionados à saúde mental (CNJ, 2018). Registre-se que os números correspondem tão somente aos casos novos, ou seja, ações judiciais manejadas em 2016 e 2017, de modo que as ações já em curso, não findadas, não foram contabilizadas no montante.

É prudente relevar também que a taxa de congestionamento total do Poder Judiciário em 2017 (último levantamento feito pelo CNJ) foi de 79,32% - em 2016 essa taxa foi de 79,67% - o que revela um cenário preocupante (CNJ, 2018). A taxa de congestionamento mede a efetividade do Poder Judiciário em determinado período de tempo, levando-se em conta o total de casos novos que ingressaram, os casos concluídos e o estoque pendente ao final do período anterior ao período base. Quando o tribunal não consegue dar vazão aos casos novos e, ainda, mantém um estoque alto de processos pendentes, a taxa de congestionamento é alta.

Dos números aportados pelo CNJ, percebe-se um aumento da judicialização da saúde, genericamente considerada, assim como da saúde mental, nos períodos de 2016 e 2017. No mesmo período, a taxa de congestionamento do Poder Judiciário continuou alta, tendo um inexpressivo decréscimo.

De um modo geral, esses dados refletem quão precária é a satisfação do direito à saúde na via não contenciosa – já que as pessoas precisam recorrer ao Judiciário – e quão embaraçosa é a satisfação desses mesmos direitos na via jurisdicional. O direito à saúde não é disponibilizado a contento em âmbito administrativo, por meio da implementação de políticas públicas e, paradoxalmente, encontra dificuldades para ser satisfeito em âmbito judicial, gerando uma série de consequências práticas. Para além disso, acaba por inflar o Judiciário com um número assustador de ações novas a cada ano, prejudicando consideravelmente o regular andamento dos processos em curso e contribuindo para as altas taxas de congestionamento nos tribunais.

Como bem salienta Henrique Ribeiro Cardoso, a conflitualidade no Brasil, na contramão do atual desenvolvimento da sociedade, é predominantemente estatizada e com foco no Poder Judiciário (2017, p. 51).

No âmbito da saúde mental, os números também demonstraram acréscimo na judicialização e isso tende a aumentar com o aumento dos transtornos mentais na população, fato que tem efetivamente ocorrido. O aumento do número de

novas ações judiciais de 2017 para 2018 mostra que a judicialização da saúde mental encontra-se numa linha crescente.

O aumento progressivo dos transtornos mentais faz crer que os números da judicialização serão, por consequência, majorados e, com eles, a desordem nos recursos públicos e a prestação deficitária dos serviços de saúde mental não serão solucionados.

Nesse cenário, o compromisso de ajustamento de conduta aparece como um instrumento capaz de promover a efetivação do direito coletivo à saúde e, em complemento, contribuir para a redução da judicialização da matéria operada atualmente. A efetivação do direito na via extrajudicial, além de mais célere e, portanto, propiciar ao administrado a resolução do litígio mais rapidamente que a duração de um processo judicial, prioriza a resolução negociada dos conflitos em detrimento da cultura de conflituosidade arraigada em solo brasileiro.

Especificamente quanto à política de desinstitucionalização, como demonstrado nos capítulos anteriores, sua implantação tem sido realizada com evidente atraso. Com esse cenário, a utilização do compromisso de ajustamento de conduta, enquanto instrumento que visa tutelar direitos metaindividuais é de grande valia para a implementação da política por meio da negociação direta com os gestores. A prestação do serviço insatisfatoriamente e a ausência de disponibilização de parte do serviço de saúde mental coletiva nos municípios brasileiros é motivo suficiente para adequação da conduta pública por meio do compromisso de ajustamento, de modo a evitar as danosas consequências que a excessiva judicialização tende a causar.

3.3 COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA PARA FINS DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: OS IMPACTOS DA RESOLUÇÃO NEGOCIADA

Com a instituição do SUS e dos princípios constitucionais a ele inerentes, especialmente os da integralidade e universalidade, o número de ações judiciais manejadas para efetivação do direito à saúde cresceu assustadoramente no Brasil.

Os serviços de saúde no país são disponibilizados à população na rede pública e na rede privada. O que vemos atualmente é o seguinte cenário: quem possui condições de arcar com os custos da saúde privada, opta por ela. Fruto da

desigualdade social radicada no país, surge um outro dado: 72,1% da população brasileira não possui condições de arcar com os custos dos serviços de saúde privados e depende da rede pública para tanto (IBGE, 2015, p. 31). Em contrapartida, apenas 27,9% da população brasileira possui plano de saúde privado para usufruir de serviços médicos e/ou odontológicos.

Do percentual que possui plano de saúde, as Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram as maiores proporções – 36,9%, 32,8% e 30,4%, respectivamente – e as Regiões Norte e Nordeste, as menores – 13,3% e 15,5%, respectivamente (IBGE, 2015, p. 30).

Percebe-se, dos dados, que a utilização dos serviços de saúde privados nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste é, pelo menos, duas vezes maior que a utilização destes mesmos serviços nas Regiões Norte e Nordeste, o que implica o aumento massivo da utilização dos serviços disponibilizados no SUS nestas últimas. A discrepância entre as regiões é latente: a Região Sudeste, por exemplo, registrou percentual quase três vezes maior que o verificado na Região Norte. Ao comparar com os dados referentes à implantação da RAPS no Brasil, objeto de estudo no primeiro capítulo, percebemos que, de todas as Regiões Brasileiras, a Região Norte possui os piores indicativos quando o assunto é acesso à saúde.

Embora instituído para assistência gratuita, universal e integral, o modelo ideal do SUS difere do real, pois a rede pública não consegue prestar o serviço na forma constitucionalmente proposta, fato que reflete na judicialização. Se a grande massa populacional brasileira depende do SUS para usufruir dos serviços de saúde e esses mesmos serviços não são disponibilizados a todos de forma efetiva e satisfatoriamente, parte do contingente populacional fica sem a devida utilização.

A título de exemplo, de acordo com os dados constantes da Pesquisa Nacional de Saúde elaborada pelo IBGE (2015, p. 46), a proporção de pessoas que, após a procura, conseguiu obter pelo menos um dos medicamentos receitados junto ao serviço público de saúde foi de 33,2%, ou seja, aproximadamente um terço. E esse cenário é recorrente. Basta lembrar das filas quilométricas mostradas diariamente nos veículos de comunicação do país ao noticiarem pessoas à espera de atendimento. E quantas mortes já não foram noticiadas nessas mesmas condições?

Diante da disponibilização deficitária dos serviços de saúde pela rede pública – seja na demora em conseguir o atendimento, seja na oferta insuficiente de

medicamentos ou na ausência de implantação da política pública correspondente – inúmeras ações judiciais são manejadas com pedidos individuais para obtenção do direito.

Sobre o referido fenômeno, destaca Asensi:

[...] o movimento da judicialização evidencia que o Judiciário passa a ocupar centralidade no processo de resolução de conflitos políticos e sociais. Como desdobramento, o papel de outras instituições, tais como o Ministério Público e a Defensoria Pública, é apresentado com frequência como um agente proponente de ações judiciais a um magistrado, que possui competência constitucional para resolver o litígio. Porém, talvez haja outras formas de atuação das instituições jurídicas que não remetam necessariamente a um processo de judicialização, mas que ainda assim realizam uma discussão jurídica e institucional sobre os direitos no Brasil, especialmente o de saúde (2013, p. 213).

Nesse contexto, as instituições legitimadas à formalização do compromisso de ajustamento de conduta poderão exercer um papel fundamental na busca da efetivação do direito à saúde através de estratégias extrajudiciais (ASENSI, 2013, p. 213). Com a celebração, e a correspondente execução, se amplia o acesso da população aos serviços de saúde, pois, tratando seu objeto de direitos metaindividuais, abrange um número significativamente maior de beneficiários na utilização desses serviços, já que o alcance dos seus efeitos tem larga amplitude.

Nessa perspectiva, o ajuste poderá versar sobre uma pluralidade de objetos, cujos reflexos incidirão sobre um número também plural de indivíduos. Seja a reforma ou construção de unidades hospitalares, a contratação ou nomeação de mais profissionais da saúde, a aquisição de insumos ou medicamentos, a realização de exames para atender a determinado contingente populacional, etc., o fato é que, em casos tais, a coletividade do objeto acaba por implicar a coletividade do proveito obtido com a celebração. Nesse contexto, afirma Cardoso (2017, p. 61) que

[...] o pedido não será, em regra, direcionado para a satisfação de um indivíduo específico. É a melhora da prestação do serviço relativo a uma determinada coletividade que se objetiva, ao menos na perspectiva do Ministério Público, que espera seja compartilhada no Judiciário.

Assim, com a coletivização do proveito obtido através da formalização do compromisso de ajustamento de conduta, o direito é alcançado por uma multiplicidade de pessoas, favorecendo o acesso à justiça. Em contrapartida, quanto aos pedidos de natureza individual, questiona o autor: “Concedendo uma medida individual que entende ser necessária, estará o juiz realmente fazendo justiça, ou

permitindo que mais injustiça ocorra em pontos não alcançados por sua sentença? ” (CARDOSO, 2017, p. 71). Dessa forma, a celebração do ajuste contribui para reparar eventuais inconsistências geradas com a excessiva judicialização decorrente de demandas individuais, de modo a contemplar a população coletivamente.²³

Ainda, a resolução negociada dos conflitos possibilita maior celeridade na solução do caso e, especificamente quanto às políticas públicas sanitárias, necessita-se de uma maior eficiência e rapidez na disponibilização dos serviços, já que o próprio direito à vida está em jogo.

O compromisso de ajustamento de conduta caminha no sentido da desjudicialização dos conflitos. Em tema de saúde pública, o conflito é inevitável ante o número indeterminado de usuários e o montante sempre restrito de recursos públicos disponíveis. No entanto, medidas que fortalecem a resolução extrajudicial desses conflitos, como o ajuste aqui referido, surgem como importantes mecanismos para aprimorar a tendência de solução negociada e demonstrar, social e culturalmente, a eficácia desse tipo de negociação e os benefícios advindos de sua celebração.

Nesse aspecto, importantes as lições de Boaventura de Sousa Santos (1996, p. 44/45) quando afirma que

Os litígios são construções sociais, na medida em que o mesmo padrão de comportamento pode ser considerado litigioso ou não litigioso consoante a sociedade, o grupo social ou o contexto de interações em que ocorre. Como todas as demais construções sociais, os litígios são relações sociais que emergem e se transformam segundo dinâmicas sociologicamente identificáveis. A transformação delas em litígios judiciais é apenas uma alternativa entre outras e não é, de modo nenhum, a mais provável ainda que essa possibilidade varie de país para país, segundo o grupo social e a área de interação. [...] O comportamento lesivo de uma norma não é suficiente para, só por si, desencadear o litígio.

Em Portugal, por exemplo, em que a judicialização da saúde é ínfima, houve, na década de 1990, uma série de reformas no Poder Judiciário que resultaram em transformações estruturais: a desjudicialização de conflitos e de políticas públicas; o fortalecimento de meios alternativos de resolução de conflitos, através da criação de instâncias alternativas, não judiciais; uma nova política

²³ Exemplificativamente, em 2016 a União gastou R\$1.138.519.335,90 (um bilhão, cento e trinta e oito milhões, quinhentos e dezenove mil reais e noventa centavos) com dez tipos de medicamentos de alto custo, não incorporados à lista do SUS, em benefício apenas de 995 (novecentos e noventa e cinco) pacientes – o que representou quase 91% (noventa e um por cento) dos gastos com aquisições diretas de medicamentos, insumos e produtos no ano de 2016 (XAVIER, 2018, p. 57).

judiciária, com reformas processuais e estruturais, a fim de simplificar procedimentos e reduzir a oferta de serviços judiciais no país (ASENSI, 2013, p. 227).

A satisfação do direito à saúde através da formalização do compromisso de ajustamento auxilia o processo de desjudicialização da matéria, na medida em que compatibiliza o direito individual de cada beneficiário atingido por sua celebração e o direito coletivo de todos ao pleno funcionamento do sistema público de saúde. Funciona como uma relação causa-consequência: se os direitos, quando considerados individualmente, são alcançados pela celebração do ajuste, o direito coletivo, por mais razão, resta preservado e a judicialização tende a reduzir.

Além disso, a resolução negociada aqui proposta visa a ampliar a participação popular e a transparência, especialmente quando realizadas audiências públicas prévias na construção da solução que mais se adequa ao caso. A participação de agentes públicos, trabalhadores de saúde, usuários dos serviços, ainda que através de entidades representativas, faz dessa forma de solução de litígios democrática e transparente. A abertura do diálogo nesses casos favorece a eficiência do serviço público de saúde.

Destaque-se que o processo de construção do compromisso de ajustamento de conduta, quando amparado na realização de audiências públicas, se torna mais democrático:

Um importante mecanismo de compreensão de todos os interesses envolvidos na questão, principalmente quando a mesma apresenta múltiplas facetas, é a audiência pública, convocada estritamente para se conhecer a opinião da comunidade sobre a proposta de negociação. Como já falamos alhures, “a audiência pública é um instrumento de participação cidadã utilizada para a adoção dos mais variados projetos políticos em muitos países”. (RODRIGUES, 2011, p.121-122)

A medida vem sendo largamente utilizada no Judiciário, a exemplo das audiências públicas realizadas no STF para esclarecimento em questões de repercussão geral ou interesse público relevante previstas no Regimento Interno do referido tribunal, e deve ser tanto quanto possível incentivada nos meios autocompositivos de resolução de controvérsias, como é o caso do compromisso de ajustamento de conduta.

Gordillo, ao analisar a situação das audiências públicas realizadas no Senado, destaca com propriedade a relevância de sua utilização:

El concepto de audiencia pública o *public hearing* tiene un doble carácter público: por la publicidad y transparencia del procedimiento, su oralidad e intermediación, registro gráfico y fílmico de los medios de comunicación, publicación de las reuniones, etc. y más especialmente por la participación procesal y el acceso del público a tales procedimientos, como sujeto activo y parte en sentido procesal. Lo primero hace a la calidad transparente y abierta al conocimiento del público de los actos estatales: el secreto es sólo un resabio medieval que las democracias ya no aceptan sino en contados asuntos de Estado que hacen a la seguridad nacional, o a la discreción que debe proteger al secreto comercial. Lo segundo es entonces lo que cualifica estas audiencias públicas y es la activa participación del público como parte en el procedimiento, en sentido jurídico y no ya como mero espectador. (GORDILLO, 2017, p. III-17)²⁴

A implementação de uma boa governança, como chamam atualmente o dever de uma administração pública eficiente, pressupõe um conjunto de informações que, mapeadas e processadas adequadamente, permitirão a realização de regulação e de prestação eficientes de serviços de saúde (CARDOSO, 2017, p. 89).

Impõe destacar ainda que o compromisso de ajustamento de conduta, em relação às demais técnicas de resolução extrajudicial dos conflitos de saúde, mostra uma importante vantagem: a imediata formação de título executivo, fato que confere maior solidez e segurança quanto ao objeto pactuado. Assim, celebrado o ajuste, na hipótese de seu descumprimento, a eficácia executiva do título garante a exequibilidade das obrigações então pactuadas.

Pondera também esclarecer, em relação à celebração do ajuste, acerca dos aspectos orçamentários quanto ao cumprimento das obrigações. Como se sabe, a implementação de direitos sociais – tais como o direito à saúde – demanda alocação de recursos públicos. Sabe-se também que os provimentos judiciais desenfreados, em matéria de saúde pública, têm causado desordem no planejamento dos recursos destinados à pasta e impactado negativamente no cumprimento das políticas públicas correlatas.

A judicialização da saúde é um processo que pode prejudicar a execução de políticas de saúde no âmbito no SUS, uma vez que o cumprimento de determinações judiciais para fornecimento de medicamentos, insumos e

²⁴ O conceito de audiência pública ou *public hearing* tem duplo caráter público: pela publicidade e transparência do procedimento, sua oralidade e imediatismo, registro gráfico e fílmico dos meios de comunicação, publicação das reuniões, etc. e mais especialmente pela participação processual e pelo acesso do público a tais procedimentos, como sujeito ativo e parte em um sentido processual. O primeiro torna a qualidade transparente e aberta ao conhecimento público dos atos do Estado: o segredo é apenas um reflexo tardia medieval que as democracias não aceitam mais, a não ser em poucas questões de Estado que se relacionem à segurança nacional ou à discrição que deve proteger o segredo comercial. O segundo é, então, o que qualifica essas audiências públicas e é a participação ativa do público como parte do procedimento, em um sentido jurídico e não mais como um mero espectador. (tradução livre)

serviços de saúde acarreta gastos elevados e não programados (ASENSE apud Machado et al., 2013, p. 321).

A política pública de saúde é planejada previamente, instituída em lei e incluída no orçamento. Como o cumprimento das decisões judiciais demanda a utilização de recursos públicos, os recursos utilizados para esta despesa serão provenientes do remanejamento de outras áreas ou advindos de créditos adicionais – ampliando, assim, o custo total de gastos com saúde –, ou poderão ainda ser provenientes do orçamento da própria saúde, anteriormente destinados à determinada ação e realocados para despesas judiciais (BUISSA, BEVILACQUA e MOREIRA, 2018, p. 36).

A formalização do compromisso de ajustamento de conduta nessa seara minoraria a problemática, pois as obrigações são pactuadas levando em consideração a realidade financeira e orçamentária do ente compromissário. Celebrar o ajuste sem a observância desses critérios prejudica a exequibilidade do título desde o início de sua formação.²⁵

Desse modo, quando de sua celebração em matéria sanitária, os aspectos orçamentários, sempre que possível, deverão ser levados em consideração para que o cumprimento de seu objeto ocorra a contento. É de se destacar que,

Quando se trata do Poder Público o compromisso pode ser firmado, inclusive, para estabelecer condições temporais e orçamentárias para a efetiva implementação de uma determinada política pública, cuja inexistência resulte em violação ou promoção inadequada de direitos transindividuais (RODRIGUES, 2011, p. 155).

Importa considerar, demais disso, que, ao anuir aos termos do ajuste, o ente público compromissário acaba por afirmar a sua capacidade orçamentária para cumprimento das obrigações pactuadas naquela oportunidade. Desse modo, embora recomendável para fins de efetivo cumprimento, na hipótese de não contemplados os aspectos relativos ao orçamento público, após a devida assinatura seus termos passam a ter força executiva. Nesse sentir, RODRIGUES (2011, p. 155) afirma que “o que poderia se considerar discricionário, passa, dessa forma, a ser

²⁵ Geisa de Assis Rodrigues (2011, p. 155) cita precedente do TJ/RS (Apelação e Reexame Necessário nº 70018028589) em que foi considerado nulo um compromisso de ajustamento de conduta firmado sem previsão orçamentária.

uma atividade vinculada pela livre e espontânea vontade do Poder Público traduzida no compromisso”.

Não obstante, como dito alhures, considerar os aspectos orçamentários quando da formulação do compromisso auxilia o efetivo cumprimento pelo ente público responsável pela disponibilização da política pública de saúde e, além disso, evita a desordem na aplicação dos recursos destinados à pasta – previamente planejados para tanto e objeto constante de desprogramação decorrente da judicialização excessiva.

Pensar no compromisso de ajustamento de conduta como instrumento para facilitar a implementação das políticas públicas de saúde é, portanto, pertinente e eficaz.

A atuação extrajudicial dos operadores do Direito é, portanto, fundamental para penetrar o campo político, tão indissociável do exercício do direito à saúde. E para que, em longo prazo, possamos reverter a lógica da atual “judicialização da saúde”, para uma lógica mais voltada para o âmbito coletivo em que este Direito se insere. Entendemos que a “judicialização” deve ultrapassar o debate puramente individual para adentrar diretamente a seara política, na qual melhor se pode conjugar os interesses e vontades de todos os cidadãos que, igualmente, tem direito à saúde. É nessa arena que podem ser debatidas as vontades gerais, em que os grupos com diferentes interesses podem dialogar, e em que as diretrizes políticas podem ser formuladas com legitimidade democrática. (MARQUES, 2015, p. 18)

Assim, a resolução negociada dos conflitos de saúde impacta positivamente para a efetivação e o gozo do direito pelos usuários do serviço e, além disso, minora as consequências danosas causadas pelo excesso de judicialização da matéria. A resolutividade via consenso, portanto, é uma alternativa menos custosa aos cofres públicos, mais célere e mais efetiva no tocante à implementação dos direitos.

No tocante à saúde mental, referido ajuste poderá auxiliar a implementação efetiva da política de desinstitucionalização e, dessa forma, contribuir para a eficácia social da norma - que há muito vem sendo negligenciada pelo poder público - e para a concretização do direito de milhares de usuários.

3.4 O COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: DA ADEQUAÇÃO DO INSTRUMENTO

Conforme destacado, a política pública de saúde mental no Brasil, a partir dos caminhos trazidos pelo movimento de desinstitucionalização, passou a ser implementada pouco a pouco ao longo dos anos e, atualmente, é estruturada através da RAPS. Através dela, a União, após instituir a Política Nacional de Saúde Mental, fixou estratégias e diretrizes para serem seguidas pelas demais unidades federativas com vistas à efetivação de uma assistência segura, eficaz e humanizada aos portadores de transtornos mentais.

Com a priorização da interiorização do cuidado, os entes passaram a exercer a gestão compartilhada e cooperativa, que, de um modo geral, se opera com a disponibilização da maioria dos serviços pelos municípios e a fiscalização pelos demais entes, além dos repasses financeiros obrigatórios. A RAPS, portanto, é organizada a partir da lógica da regionalização, de modo a ampliar e facilitar o acesso pela população.

Tendo em vista do perfil de grande parte dos municípios brasileiros ser de baixo teor populacional, não rara a ocorrência de vazios assistenciais. Daí a imprescindibilidade da gestão ser exercida de forma compartilhada, a menos para minorar estas ocorrências:

[...] em face do perfil dos municípios do país, dos quais mais de 75% têm menos de 20 mil habitantes, e a complexidade na formulação de um modelo de atenção em saúde mental, depreende-se que a participação dos estados torna-se fundamental na formulação e adaptação regional da política, na construção de uma rede substitutiva de serviços, na coordenação das ações no território, no combate às desigualdades e na melhoria das condições locais com fortalecimento da capacidade institucional nos municípios[...]. (BAPTISTA e SIMON, 2011, p. 2228).

Além disso,

A regionalização da política de saúde mental no Brasil é uma estratégia para garantir a organização e oferta dos serviços, acesso, eficiência, redução de custos, aumentar satisfação do usuário, diminuir desigualdades, produzir impactos positivos nas condições sanitárias e na vida das populações. (MACEDO et al, 2017, p. 157).

Embora estabelecida mediante critérios que favorecem a regionalização, a estrutura posta atualmente encontra-se longe da ideal. E, nesse cenário, o compromisso de ajustamento de conduta passa a figurar como um instrumento de extrema relevância para facilitar a concretização da política de desinstitucionalização e promover o acesso aos serviços de saúde mental. Meio idôneo para tutelar os direitos transindividuais, surge como uma alternativa eficaz para consolidar ou criar

caminhos para a efetivação do direito fundamental à saúde em sua esfera mental, especialmente quando verificada uma prestação insatisfatória.

Nesse contexto, ao nos depararmos com a complexa cadeia de serviços componentes da RAPS, verificamos alguns eixos extremamente carentes no tocante à implantação. Opta-se, neste tópico, por listar apenas aqueles em que a deficiência é mais evidente, mediante estudo de dados que confirmam a escassez de serviços, considerando a efetiva disponibilização ou, em muitos casos, a ausência dela, e o número populacional que deles poderia usufruir.

A começar pela Atenção Básica, os dados refletem aparentes fragilidades no tocante à implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF nos municípios que contam com os serviços da Atenção Básica como estratégia única da saúde mental. Os últimos dados levantados pelo Ministério da Saúde (2015, p. 7) apontaram a implantação de NASF em apenas 1.670 municípios, de um total de 3.375 que possui equipes da Estratégia Saúde da Família.

O NASF possui papel de relevo no desempenho da política de desinstitucionalização, pois tem como premissa o apoio matricial e o desenvolvimento do cuidado interdisciplinar (BRASIL, 2011). A implantação de NASF em quantitativo menor que a metade dos municípios elegíveis demonstra a precariedade do cuidado em grande parte da rede.

Importa considerar que o atendimento não especializado em matéria de saúde mental na Atenção Básica é fato que pode causar sérios prejuízos aos portadores de transtornos mentais. Em localidades carecedoras da especialização, o paciente fica privado do tratamento ideal à patologia que porta, devendo se contentar com os cuidados primários ou se deslocar para localidades onde possua acesso a tal atendimento.

Assim, implantar serviços de saúde mental na Atenção Básica com a inclusão de profissionais de saúde mental, em especial nas cidades que não têm contingente populacional suficiente para implantação de CAPS, é medida que minoraria com significância as consequências negativas da falta de prestação adequada dos serviços de saúde mental.

E, nesse cenário, a celebração do compromisso de ajustamento de conduta impulsionaria a implantação dos referidos núcleos, definidos pelo próprio Ministério da Saúde como ramos necessários ao suporte e manejo de situações

relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental na estratégia da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Outro ponto da rede que merece destaque é a Atenção Psicossocial Estratégica, que tem no CAPS a principal ferramenta de cuidado. Atualmente, os CAPS são referência para tratamento de saúde mental na rede pública, especialmente por prestar assistência extra-hospitalar em todo o país, por meio de equipes multiprofissionais e disponibilização de serviços em caráter comunitário, substitutivos ao modelo asilar, em completa sintonia com o processo de desinstitucionalização.

Os CAPS são divididos por categorias e elegíveis para municípios acima de 15.000 habitantes, variando a elegibilidade conforme a categoria (BRASIL, 2011). Vimos que, de acordo com os dados fornecidos por levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, as Regiões Nordeste e Sudeste apresentam, genericamente, melhores coberturas em termos de CAPS que as demais regiões do país, seguidas das Regiões Sul, Norte e Centro-Oeste, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 07).

Ao analisar o quantitativo da cobertura por tipo de CAPS, Macedo et al realizaram o mapeamento da distribuição dos serviços da RAPS, baseando-se no desenho das redes de saúde e das comissões intergestoras regionais.²⁶ Há regiões bastante carecedoras nesse tocante, principalmente quando analisada a cobertura em relação a cada categoria implantada.

Nesse contexto, verificamos frágil cobertura em relação ao CAPS III, que oferece cuidado contínuo e funciona 24 horas para situações de mais complexidade. Sete Estados brasileiros sequer contam com uma única unidade de CAPS III em seus territórios: Acre, Alagoas, Amapá, Distrito Federal, Mato Grosso, Rondônia e Tocantins (MACEDO et al, 2017, p. 162). Além disso, informam os autores que os

²⁶Sobre a mencionada divisão, estabelece o Decreto nº 7.508/2011:

Art. 2º. Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

(...)

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

Estados do Acre, Tocantins e Roraima não contam com as modalidades de CAPSi (infanto-juvenil) e CAPS AD (para usuários de álcool, crack e outras drogas).

A análise seguiu com os dados acerca da cobertura de CAPS, agora separados por categoria, nas respectivas regiões de saúde, tendo sido verificadas as seguintes fragilidades (MACEDO, 2017, p. 166-167):

- Nas regiões de saúde com critério para implantação de CAPS I (entre 15.000 e 70.000 habitantes) foi verificado o déficit de 21% na cobertura, limitando a rede aos serviços da Atenção Básica, quando deveria ter os dois pontos de atenção;

- Nas regiões de saúde com critério para implantação de CAPS II (entre 70.000 e 150.000 habitantes), que deveriam contar com Atenção Básica e CAPS II, portanto, foi verificada ausência dessa modalidade de CAPS em 75,32% das regiões elegíveis, embora presente o CAPS I na maioria dos casos;

- Nas regiões de saúde com critério para implantação de CAPS III (acima de 150.000 habitantes), 86% não contam com essa modalidade de CAPS;

- Nas regiões de saúde com critério para implantação de CAPSi e CAPS AD (acima de 70.000), verificou-se que 55,37% não contam com CAPSi e 45,16% não contam com CAPS AD.

Há, portanto, evidente falha no tocante à implantação de CAPS nas diferentes regiões do país. A par desse cenário fático, não podemos deixar de mencionar que a recomendação de elegibilidade para municípios ou regiões de saúde com teor populacional acima de 15.000 habitantes também contribui para essas distorções, principalmente quando, num total de 5.570 municípios brasileiros, 3.375 possui população menor que o referencial escolhido.

Escolher um critério puramente objetivo para definir a implantação de CAPS não se mostra efetivo do ponto de vista factual. Em casos tais, a análise prévia acerca da realidade local, com a consequente avaliação das condições populacionais, sociais e ambientais, resultaria numa melhor adequação do binômio necessidade/disponibilidade dos serviços e, consequentemente, na melhor efetivação do direito. Afinal, há localidades onde a incidência de doenças mentais é maior e os fatores sócio-econômico-ambientais são determinantes para essa ocorrência, dentre os quais destacam-se: emprego, nível educacional, pobreza, qualidade educacional, urbanização, exclusão social e estigma, etc. (ALVES e RODRIGUES, 2010, p. 128-130).

Assim, diante das deficiências encontradas e da ausência de algumas modalidades de CAPS em parte considerável do território nacional, entendemos que a utilização do compromisso de ajustamento de conduta nestas hipóteses minoraria as danosas consequências para a saúde mental da população. Destaque-se que é igualmente defensável, a nosso ver, o manejo do referido instrumento com a finalidade de equalizar o acesso e superar as demais fragilidades encontradas na RAPS, como as que passa a expor.

Nos serviços da Atenção Residencial de Caráter Transitório, desenvolvida através das Unidades de Acolhimento, o cenário fica ainda pior. Como visto oportunamente no primeiro capítulo desta pesquisa, referidos centros ofertam cuidados contínuos durante 24 horas em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, desde que apresentem vulnerabilidade social ou familiar.

Funcionam atualmente em todo o país apenas 57 Unidades de Acolhimento, sendo maior o número daquelas destinadas aos adultos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 8). Resta clara a deficiência neste ramo da RAPS, sobretudo diante do altíssimo número de dependentes de drogas no país.

A propósito, um estudo publicado pela FIOCRUZ, após ampla pesquisa realizada no ano de 2012, estimou o número de usuários de crack e drogas similares apenas nas capitais brasileiras, tendo apurado o alarmante quantitativo de 366.598 indivíduos somente nessas cidades (FIOCRUZ, 2014, p. 18 e 135).

Ao que parece, o número de unidades de acolhimento no país cresce em medida inversamente proporcional ao quantitativo de dependentes químicos. Além disso, a regulamentação encontra entraves que dificultam o acesso de diversos municípios aos valores disponibilizados pelo governo federal para construção das unidades.

Importa destacar que, o governo federal, em dezembro de 2011, lançou o programa “Crack, é possível vencer”, que orçou um auxílio de 4 bilhões de reais até o ano de 2014, dos quais, apenas cerca de 3,5 bilhões foram dotados e aproximadamente 1,9 bilhão foi realmente executado (CNM, 2015, p. 142). De acordo com a Portaria 121/2012 do Ministério da Saúde, somente Municípios com população igual ou superior a 200 mil habitantes – um total de 144 à época – poderiam solicitar verbas para a criação de Unidades de Acolhimento Adulto e apenas aqueles com mais de 100 mil habitantes – então, 299 Municípios – teria

acesso às verbas para as Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil (CNM, 2015, p. 140). Considerando o número irrisório de unidades em funcionamento atualmente, podemos perceber que, na prática, não chegaram a ser implantadas.

Merece ainda destaque a situação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, que compõem a principal referência na Estratégia de Desinstitucionalização. Como já explicado, constituem serviços de moradia destinados a pacientes egressos de longa internação em hospitais psiquiátricos ou de custódia (período igual ou superior a dois anos) e mostram-se importantes centros para a reabilitação psicossocial destes indivíduos (MACEDO, 2017, P. 163).

Atualmente, 499 unidades encontram-se em funcionamento no país, com maior número nas Regiões Nordeste e Sudeste. Há, no entanto, inegável discrepância dos números nas regiões brasileiras, especialmente nas Regiões Norte (somente 10 unidades) e Centro-Oeste (com apenas 14 unidades), existindo Estados sem uma única unidade, fato que reforça a necessidade da expansão da Política Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 23).

Além disso, com a redução progressiva de leitos do SUS em hospitais psiquiátricos, estratégia também componente da desinstitucionalização, o crescimento dos Serviços Residenciais Terapêuticos precisa ser intensificado para a devida alocação dos pacientes egressos, de modo a conduzir de maneira adequada a desospitalização. Vale lembrar que somente em 2018 foram descredenciados 8 hospitais psiquiátricos, o que acarretou a extinção de 1532 leitos. Percebe-se, assim, que os fechamentos dos leitos em hospitais psiquiátricos também não foram acompanhados, de forma proporcional, pela implantação das redes substitutivas.

Afora todas as dificuldades encontradas nessa complexa rede de serviços, a falta de profissionais da saúde mental também contribui para as deficiências encontradas. Este fato traduz um contrassenso desmedido, especialmente quando nos defrontamos com o aumento progressivo dos transtornos mentais na população.

Nesse particular, de acordo com o relatório da OMS “Depressão e outros distúrbios mentais comuns: estimativas globais de saúde”, 322 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com este transtorno mental.²⁷O relatório aponta ainda que,

²⁷ Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839

no Brasil, a depressão atinge 5,8% da população (11.548.577 pessoas); já distúrbios relacionados à ansiedade afetam 9,3% (18.657.943 pessoas). De acordo com o documento, baixos níveis de reconhecimento e falta de acesso a tratamentos levam a uma perda econômica global estimada em mais de um trilhão de dólares americanos a cada ano.²⁸ É, portanto, um problema que merece a devida atenção dos poderes públicos e das instituições responsáveis pela tutela dos direitos transindividuais quanto à efetiva implantação das políticas públicas correlatas.

A ampliação do número de profissionais e a constante capacitação mostra-se imprescindível para o aprimoramento da Política Nacional de Saúde Mental.

Nesse ponto, a OMS (2017, p. 02), através da publicação do Atlas da Saúde Mental (documento elaborado a partir de dados fornecidos pelos 177 Estados Membros que fazem parte da referida organização), divulgou que há carência de profissionais da área em todo o mundo. A pesquisa foi feita a partir de estimativas fornecidas pelos Estados Membros acerca do número total de profissionais de saúde mental que trabalham nos respectivos países, divididos por ocupação específica (incluiu psiquiatras, psiquiatras infantis, outros médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros trabalhadores pagos com recursos da saúde mental).

De acordo com os dados, nos países de baixa renda existem, proporcionalmente, 2 profissionais para cada 100.000 habitantes, enquanto nos de alta renda pode chegar a 70 profissionais por 100.000 habitantes. A média global é de menos de 01 profissional por 10.000 habitantes (OMS, 2017, p. 30). Um dado relevante é que, destes profissionais, 88% encontram-se trabalhando nos serviços públicos (OMS, 2017, p. 33). De todo modo, nos países de rendimento baixo os números são consideravelmente menores, embora a escassez seja de ordem global.

Além de todo o exposto, são necessários, ainda, mecanismos mais rígidos de fiscalização, de modo a evitar o mau uso dos recursos públicos em casos de repasse de recursos financeiros para custeio dos serviços sem a respectiva implantação, como verificamos que ocorreu.

²⁸ A propósito, o número de suicídios aumentou consideravelmente. Conforme dados divulgados pelo Ministério da Saúde em 2018, após levantamento correspondente ao ano de 2016, foi constatado um aumento de 2,3% em relação ao ano anterior. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/09/brasil-registra-11-mil-casos-de-suicidio-por-ano-diz-ministerio-da-saude.shtml>.

Diante desse cenário, a formalização do compromisso de ajustamento de conduta mostra-se de suma importância para o aprimoramento da implantação dos serviços componentes da RAPS enquanto estratégias voltadas ao processo de desinstitucionalização que se encontra em curso.

A celebração do instituto em cada uma das situações descritas, afora todos os benefícios já abordadas no capítulo anterior, especialmente no que diz respeito à redução da judicialização das ações individuais, promoção do acesso à justiça e maior celeridade, implicaria na satisfação do direito coletivo à saúde na esfera mental mediante a implementação das políticas públicas correlatas, dando continuidade ao processo de desinstitucionalização na RAPS e contribuindo com a humanização do tratamento.

As fragilidades verificadas poderiam ser melhor resolvidas por meio do diálogo entre o poder público e instituições como Ministérios Públicos e Defensorias Públicas, com vistas a adequar o contexto fático atual às normas regulamentares e aos preceitos constitucionais.

Além disso, os efeitos gerados com a formalização do mencionado instrumento suplantariam a esfera de interesse pessoal do portador de transtorno mental para alcançar um espectro socialmente mais amplo, de modo a propiciar a inclusão dos portadores de transtornos mentais, garantir o protagonismo dos usuários e familiares envolvidos, instituir processos de cuidado mais democráticos e integrados, alcançar espaços dantes não alcançados e, assim, contribuir com verdadeira transformação social.

3.5 A EXPERIÊNCIA EM MACEIÓ: POR QUE FALTA TANTO?

A presente análise, do ponto de vista metodológico, tem como recorte geográfico o município de Maceió. Neste ponto, optou-se por analisar a evolução da RAPS no contexto territorial referido e avaliar se foi formalizado algum compromisso de ajustamento de conduta com a tentativa de implementar os serviços integrantes da rede de saúde mental em âmbito municipal.

Como visto em linhas anteriores, a RAPS possui fragilidades em todo o território nacional. Sem desmerecer os avanços conquistados até o presente momento, que foram significativos para a continuidade da política vigente, é fato indiscutível que muito precisa avançar. O processo de desinstitucionalização ainda

está em andamento e a sua evolução é indispensável para a concreção do direito à saúde dos usuários e para os fins a que se destina, que, dentre outros, destacam-se a humanização do cuidado, o protagonismo e a ampliação da sociabilidade do usuário.

A Região Nordeste, embora esteja, de acordo com os últimos dados divulgados pelo Ministério da Saúde, com indicadores de implantação da RAPS em condições melhores que algumas regiões do país, não alcança uma cobertura satisfatória.

Neste ponto, cabe destacar que o município de Maceió, conforme último censo demográfico divulgado pelo IBGE, possui a população estimada em 1.021.709 habitantes. De acordo com o Plano Municipal de Saúde, estabelecido para o período de 2018 a 2021, após avaliar o perfil de mortalidade da população residente, apurou que, do total de mortes registradas no município durante o interregno de 2012 a 2106, 1% decorreu de transtornos mentais e comportamentais (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ, 2018, p. 34).

Não obstante, a RAPS ainda não foi completamente implantada no município e carece de serviços essenciais. Como afirma o próprio Plano Municipal de Saúde,

Em Maceió, as iniciativas para a implementação da RAPS vêm sendo realizadas desde 2012, porém, com uma visibilidade maior a partir de 2014, quando a rede foi colocada como prioridade no Plano Municipal de Saúde. Mesmo com essa definição na Política de Saúde, a RAPS enfrenta diversos limites para efetivação dos seus objetivos, tendo em vista que o município não dispõe dos pontos de atenção necessários à estruturação da mesma. Maceió conta apenas com 05 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 01 CAPS AD e 01 para atendimento infantil, para atendimento à população local e referenciada de outros municípios. Mesmo o governo federal já tendo enviado recursos para implantação de serviços e organização dos pontos de atenção da RAPS – UAs e CAPS AD, o município não conseguiu viabilizar esses serviços nos últimos quatro anos, o que ocasiona prejuízo para o funcionamento da rede, além de dependência da rede complementar, sobretudo as clínicas para tratamento de pessoas em dependência de drogas, que ainda atuam dentro de um modelo hospitalocêntrico. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ, 2018, p. 89)

Nota-se, assim, que o município confessa sua inércia na implantação da rede local, mesmo reconhecendo que recebeu recursos federais para viabilizar o cumprimento das diretrizes traçadas a nível nacional. E não para por aí:

A avaliação da Política de Saúde, no que concerne à atenção psicossocial, demonstra que, das metas do PMS anterior, somente 50% foram executadas e grande parte dessas metas foi de implantação dos serviços da RAPS. O número insuficiente de CAPS e a inexistência das Unidades de

Acolhimento e das Residências Terapêuticas tanto dificultam o acesso da população, quanto comprometem a qualidade do atendimento. Além disso, o fato de o município não ter implantado os serviços gerou várias demandas de judicialização, denotando a incapacidade do sistema em responder às demandas da população.

Os processos avaliativos também vêm apontando que mesmo a RAPS não estando suficientemente estruturada para assegurar a implementação das diretrizes e objetivos propostos, nos últimos quatro anos houve avanços, no que tange à organização dos serviços e processos de trabalho nas unidades de saúde, para garantir a integralidade da atenção à população com transtorno mental e/ou dependência química, inclusive com implantação dos fluxos de atendimento, que permite ao usuário conhecer o caminho que vai percorrer no sistema de saúde, tendo a atenção primária como ordenadora do cuidado [...]. *[sic]* (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ, 2018, p. 89-90)

A ineficiência da referida rede no município de Maceió é evidente e reconhecida pelo próprio órgão responsável por gerir a pasta da saúde na localidade. Conforme declara, a ausência de implantação dos serviços componentes da RAPS foi responsável por majorar a judicialização da matéria, o que piora a situação do município para conseguir cumprir as metas, já que precisará arcar com os custos extras que a judicialização traz consigo.

Na referida unidade federativa, após levantamento de dados referentes ao ano de 2018, apurou-se o seguinte quantitativo de ações e serviços componentes da rede: na Atenção Básica, 61 unidades básicas de saúde, 04 equipes de NASF, 06 equipes de Consultórios de Rua e nenhum Centro de Convivência e Cultura instalado; na Estratégia de Atenção Psicossocial, há 05 CAPS instalados (03 CAPS II, 01 CAPS AD, 01 CAPS Infante-Juvenil); na Atenção Residencial de Caráter Transitório não há unidades de acolhimento instaladas; na Atenção Hospitalar, constam 06 leitos em Hospital Geral e nenhuma enfermaria especializada; na Estratégia de Desinstitucionalização, há 07 serviços residenciais terapêuticos em funcionamento (construídos após uma ACP manejada pelo MPAL e oportunamente relatada) e 17 beneficiários do Programa de Volta para Casa; não há serviço instalado na Estratégia de Reabilitação Psicossocial.

Em Maceió, portanto, a rede pública não tem cumprido as determinações da Lei 10.216/2001, nem as diretrizes estabelecidas na Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde para implementação da política de desinstitucionalização.

Após avaliar o estágio atual da RAPS na localidade e as carências então existentes, podemos pensar no instituto do compromisso de ajustamento de conduta como um mecanismo de considerável efetividade para a implantação da respectiva

política. As vantagens que lhes são próprias, exaustivamente tratadas ao longo desta pesquisa, favorecem a resolutividade do conflito e, por certo, proporcionam a satisfação do direito em período de tempo mais curto que o despendido com eventual judicialização. Além disso, não agregam os custos extras que decorrem da tramitação de um processo judicial.

Nesse caminho, em busca do número dos compromissos de ajustamento de conduta eventualmente firmados entre o município de Maceió e Ministério Público Federal/ Ministério Público do Estado de Alagoas, nos deparamos com uma realidade desanimadora. Os dados foram coletados tendo como parâmetro o período de janeiro de 2012 – posterior, pois, à vigência da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a RAPS – até março de 2019.

Foram analisados os compromissos de ajustamento de conduta firmados pelo MPF, aplicando-se o recorte geográfico já mencionado, e pelo MPAL.²⁹

Após análise, apuramos que o MPF firmou o total de 5.196 compromissos de ajustamento de conduta, dos quais, 2.337 foram celebrados no período de referência da pesquisa. Destes, apenas 151 foram celebrados no Estado de Alagoas (reforce-se: em todo o Estado, não apenas em Maceió).

Dos 151 ajustes firmados pelo MPF em Alagoas, 48 deles tiveram como objeto a saúde pública, com variados assuntos. Identificamos os seguintes temas em celebrações decorrentes de ações civis públicas (ACP) e inquéritos civis públicos (ICP):

1. Relativos ao registro eletrônico de frequência de profissionais da Saúde, mediante os seguintes processos/procedimentos: ACP nº 0803132-82.2018.4.05.8000 (Município de Junqueiro – 19.02.2019); ACP nº 0803273-04.2018.4.05.8000 (Município de Quebrangulo – 13.11.2018); ACP nº 0803280-93.2018.4.05.8000 (Município de Teotônio Vilela – 10.07.2018); ACP nº 0803215-98.2018.4.05.8000 (Município de Paulo Jacinto – 29.06.2018); ACP nº 0803274-

²⁹ É importante registrar que não foram disponibilizados registros dos compromissos de ajustamento de conduta eventualmente firmados pela Defensoria Pública da União e pela Defensoria Pública do Estado de Alagoas com o município de Maceió. Ao entrar em contato com as instituições, foi informado que não existe um arquivo sistematizado e catalogado dos ajustes firmados e não foi encontrado, nos sítios eletrônicos das referidas instituições, dados relativos à formalização desses ajustes.

86.2018.4.05.8000 (Município de Rio Largo – 29.08.2018); ICP nº 1.11.000.000692/2014-61 (Municípios de São José da Laje – 19.03.18; Murici – 19.02.18; Flexeiras – 05.02.18; Atalaia, Anadia, Santana do Mundaú, Chã Preta, Piaçabuçu – 31.01.18; Barra de São Miguel – 30.01.18; Jundiá – 04.08.2017; Campestre, Satuba – 02.08.2017; Roteiro – 01.08.2017; e Coruripe – 25.07.2017; ACP 0803217-68.2018.4.05.8000 (Município de Penedo – 19.10.2017);

2. Regularização do atendimento de recém-nascidos em hospital, mediante os seguintes processos/procedimentos: ICPs nºs 1.11.000.001149/2012-19 e 1.11.000.000595/2014-78 (Hospital Carvalho Beltrão, hospital particular conveniado ao SUS, na cidade de Coruripe-AL – 26.11.2015);

3. Regularização do atendimento a recém-nascidos na rede pública estadual, especialmente no que se refere a UTIs e UTIs neonatais, mediante os seguintes processos/procedimentos: ICPs nºs 1.11.000.000169/2015-15, 1.11.000.000156/2015-46, 1.11.000.000160/2015-12, 1.11.000.000161/2015-59, 1.11.000.000162/2015-01, 1.11.000.000164/2015-92, 1.11.000.000165/2015-37, 1.11.000.000166/2015-81 (Estado de Alagoas – 19.11.2015)

4. Relativos ao cumprimento da carga horária de 40 horas por parte dos profissionais do Programa Saúde da Família, mediante os seguintes processos/procedimentos: ICP nº 1.11.000.001015/2009-01 (Municípios de Roteiro – 17.09.2014; Feliz Deserto – 21.07.2014; Porto Real do Colégio – 10.07.2014; Chã Preta – 03.07.2014; Maragogi – 30.06.2014; Porto Calvo, Boca da Mata, Pindoba, Joaquim Gomes, Porto de Pedras, Atalaia, Passo de Camaragibe, Santa Luzia do Norte, Cajueiro, Paripueira, Quebrangulo, Flexeiras, Jundiá,

Pilar, São José da Laje, Mar Vermelho, Piaçabuçu, Barra de Santo Antônio, Satuba e Murici – 10.06.2014).

Nota-se, dos dados, que não foi celebrado nenhum compromisso de ajustamento de conduta pelo MPF em Alagoas na área de saúde mental. Os ajustes firmados na área de saúde pública foram mais recorrentes em municípios do interior do Estado e a temática “saúde mental” não foi versada em nenhum deles.

Em relação ao Ministério Público do Estado de Alagoas, o cenário não difere. Após análise, apuramos o total de 1.233 compromissos de ajustamento de conduta, dos quais, 1.230 foram celebrados no período de referência da pesquisa.³⁰

Destes, apenas 5 ajustes tiveram como objeto a saúde pública, com os seguintes temas:

1. Procedimento Administrativo nº 09.2019.00000254-0:
 - Objeto: Reforma do abrigo municipal Joana Figueiredo Alves e oferta de serviços de terapeuta ocupacional e psicólogo;
 - Compromissário: Município de São Miguel dos Campos;
 - Data: 19.02.19;

2. Ação Civil Pública nº. 0800902-27.2016.8.02.0001 e Procedimento Administrativo nº. 06.2018.00000308-9:
 - Objeto: Abastecimento de medicamentos, insumos e gêneros alimentícios necessários ao adequado funcionamento da Maternidade Escola Santa Mônica, do Hospital Escola Portugal Ramalho e do Hospital Escola Helvio Auto;
 - Compromissários: Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas e Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas;
 - Data: 15.02.19;

3. Procedimento Administrativo nº 09.2019.00000207-2:

³⁰ Desse total, mais de 1100 foram relativos à realização de shows, carnavais, carnavais fora de época e eventos em geral. Da análise do relatório apresentado no sítio eletrônico da instituição, que disponibiliza a referida consulta, depreende-se que a maioria foi inserida a partir de março de 2016, constando apenas 05 ajustes anteriores a essa data, celebrados nos anos de 2006, 2007, 2009, 2013 e 2015.

- Objeto: Reforma do abrigo municipal Joana Figueiredo Alves e oferta de serviços de terapeuta ocupacional e psicólogo;
- Compromissário: Município de São Miguel dos Campos;
- Data: 09.02.19;

4. Procedimento Administrativo 09.2017.00001006-4:

- Objeto: Sanar irregularidades ocorridas no processo eleitoral do Conselho Municipal de Saúde do Município de Rio Largo;
- Compromissários: Coordenador da Comissão Eleitoral e Presidente do Conselho Municipal de Saúde;
- Data: 23.11.2017;

5. Procedimento Administrativo Nº 09.2018.00000946-1 (02 ajustes firmados):

- Objeto: Maior eficácia no diagnóstico humano e canino e tratamento humano de Leishmaniose no Município de Santana do Ipanema;
- Compromissário: Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Ipanema;
- Datas: 24.10.18 e 05.12.18.

Assim como no MPF em Alagoas, no MPAL não foi celebrado nenhum compromisso de ajustamento de conduta na área da saúde mental em Maceió, embora inequívoca a deficiência do sistema público de saúde mental no município em referência.

Nesse ponto, é de se destacar que o texto constitucional consagra as ações e os serviços de saúde como de relevância pública e prevê, dentre entre as atribuições institucionais do Ministério Público, a de zelar pelo efetivo respeito aos serviços de relevância pública e aos direitos assegurados na Constituição (BRASIL, 1988). Além disso, é bem comum existir no quadro institucional dos órgãos do Ministério Público Promotorias Especializadas em saúde.

O que se percebe, no entanto, é que a atuação ministerial na temática de saúde mental no município de Maceió tem se dirigido com maior frequência às intervenções judiciais. Nesse sentir, tramitam duas importantes ações civis públicas

cujo objeto envolve a implantação de serviços da RAPS em âmbito municipal que, pela importância, serão a seguir relatadas. A opção pelas ações referidas decorreu do fato de o objeto correlacionar com a necessidade de implementar a política de desinstitucionalização em virtude das fragilidades verificadas na prática.

3.5.1 A tutela via ação judicial e a necessária comparação com a resolução do conflito por meio do compromisso de ajustamento de conduta

A rede pública de saúde mental no município de Maceió encontra-se deficitariamente instalada há, pelo menos, dezessete anos – marco em que a rede de cuidados no Brasil passou a ter novos parâmetros, com a publicação da Lei nº 10.216/2001. Como referido em linhas anteriores, a ineficiência do serviço é reconhecida, inclusive, pelos órgãos responsáveis pela gestão da pasta no município, conforme afirmado no Plano Municipal de Saúde 2018-2021, oportunidade em que a Secretaria Municipal de Saúde salienta: “a RAPS enfrenta diversos limites para efetivação dos seus objetivos, tendo em vista que o município não dispõe dos pontos de atenção necessários à estruturação da mesma” (2018, p. 89).

Diante desse contexto, duas importantes ações civis públicas foram propostas em face do município com a finalidade de ver alguns serviços integrantes da RAPS serem efetivamente implantados.

A primeira delas, inscrita sob numeração 0800.841.69.2016.8.02.0001³¹, foi proposta pelo MPAL em outubro de 2016, após denúncia feita na referida instituição pela Associação de Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental do Estado de Alagoas - ASSUMA de que seriam suspensos os atendimentos ao SUS em clínica psiquiátrica particular conveniada, bem como fechados leitos em hospitais psiquiátricos públicos, sem proporcionar aos pacientes de longa internação destinação adequada, ante a inexistência de serviços residenciais terapêuticos na municipalidade.

Na inicial, o órgão ministerial destacou trechos do ofício encaminhado à instituição pela associação que representa os usuários dos serviços, que

³¹ Disponível em: <http://www.tjal.jus.br/>

demonstrava a precariedade da rede e quão preocupante se encontrava a situação dos pacientes internos, em caráter de extrema vulnerabilidade:

No dia sete de maio do ano de 2015, a referida Clínica oficializou à SMS sobre o encerramento, em caráter definitivo, do atendimento aos usuários do SUS, notificando a mesma para que em 24h improrrogavelmente providenciasse a transferência dos pacientes que se encontravam em tratamento para outra unidade hospitalar. Diante disto, a Coordenação Municipal de Saúde Mental formou uma comissão de técnicos do Estado e Município e um representante da ASSUMA com o propósito de avaliar a situação dos pacientes. O que se observou *in loco* foram as condições precárias de cuidados e assistência aos usuários internos: alguns com aspecto desnutridos, descalços, com higienização comprometida e despidos. Em reunião posterior com os familiares dos pacientes os mesmos reclamaram que têm faltado medicação e são chamados para comprar e compram pelo fato de ver seus entes queridos com o quadro de saúde agravado. Revelaram ainda, que são pressionados pela clínica a levar o paciente para casa e eles se negam a fazê-lo, pois sabem que eles precisam de cuidados profissionais diuturnamente que deve ser realizado em clínicas, hospitais ou Residências Terapêuticas conforme a portaria MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 e a portaria MS 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Informamos que Maceió é a única capital do Nordeste que não tem sequer uma Residência Terapêutica. Sabemos que a redução de leitos psiquiátricos está preconizada na Política Nacional de Saúde Mental e, mesmo o Ministério da Saúde intensificando o incentivo financeiro para a implementação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS desde 2011, a cidade de Maceió não incrementou, nem ampliou a RAPS. De acordo com a portaria 2.840 de 29 de dezembro de 2014 em seu artigo 18 no parágrafo 1º diz que os recursos financeiros correspondentes as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) dos leitos fechados serão mantidos ou relocados para o teto orçamentário do Município, que se responsabilizará pela atenção às pessoas desinstitucionalizadas, com fins de aplicação na RAPS local. Fato este que não tem acontecido em Alagoas e particularmente em Maceió. [sic]

Com base nisso, solicitou o órgão ministerial a concessão de tutela de urgência para que o município de Maceió implantasse, no prazo máximo de 120 dias, os serviços residenciais terapêuticos nas modalidades e quantidade suficientes a atender os pacientes que deles necessitavam.

Pelo que consta, a atuação extrajudicial anterior à propositura da ação resumiu a encaminhamento de ofícios e recomendações ao ente municipal, não tendo, contudo, surtido muitos efeitos.

Conforme doc. 47 da ação judicial (ofício encaminhado ao MPAL pela Secretaria Municipal de Saúde), o município de Maceió, à época, contava com poucos pontos componentes das estratégias efetivamente implantados.

Na oportunidade, o ente municipal listou os serviços da RAPS que estavam em tramitação para implementação, dentre os quais, foram listados os serviços residenciais terapêuticos.

Foi deferida a tutela de urgência somente em junho de 2017, ou seja, um ano e meio após a protocolização. Ademais, foram implantados 07 serviços residenciais terapêuticos em 2017, tendo iniciado as transferências dos pacientes somente em dezembro do referido ano. Os pacientes atualmente encontram-se alocados nestas unidades e são acompanhados pelo CAPS de referência. No entanto, existe ainda um quantitativo considerável de internos nos hospitais psiquiátricos que aguardam a implantação das novas residências para cumprimento da política de desinstitucionalização.

Instada pelo Ministério Público a se manifestar sobre a necessidade efetiva de mais residências terapêuticas, a Secretaria Municipal de Saúde informou que estão previstas novas implantações para o exercício de 2019. Até o momento, não houve sentença e não há registro nos respectivos autos de qualquer tentativa de proposta de compromisso de ajustamento de conduta – nem anteriormente à propositura da ação, nem durante o seu bojo. O processo judicial, portanto, não teve exaurido o seu objeto até o fechamento deste trabalho.

A segunda ação civil pública que tramita na justiça estadual de primeiro grau do Estado de Alagoas e que vale ser referenciada neste estudo, por também tratar da ausência de serviços integrantes da RAPS e visar pôr em prática o processo de desinstitucionalização, foi proposta pela Defensoria Pública do Estado de Alagoas em face do município de Maceió (inscrita sob numeração 0711.106.88.2017.8.02.0001). Tem como objeto a cominação ao réu de uma série de obrigações de fazer em decorrência da verificação de maus tratos e precárias condições de higiene e segurança dos pacientes internados em instituição psiquiátrica de responsabilidade do município (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE ALAGOAS, 2017).

A ação foi proposta em abril de 2017, também com pedido de tutela de urgência e, dentre as obrigações impostas destacam-se: obrigação de o Município efetivamente exercer seu poder de polícia sanitário e obrigar a instituição prestadora de serviço ao SUS a adotar os padrões de higiene e segurança; impor a transferência de pacientes para outras instituições adequadas a prestar o respectivo serviço; examinar todos os pacientes alocados na instituição e proibir o ingresso de novos; entre outras.

Na narrativa inicial, destacou a Defensoria Pública que a situação dos internos foi exposta pela imprensa e familiares após constatarem:

- Pacientes deitados e dormindo no chão, por falta de leitos;
- Pacientes espalhados pelos corredores da instituição hospitalar, alguns sem roupa e a grande maioria descalços e com o cabelo raspado (homens e mulheres);
- Colchões danificados e de fina espessura;
- Pacientes amarrados nas camas;
- Inexistência de separação de pacientes homens e mulheres;
- Medicamentos controlados ao alcance dos internos;
- Instalações sem qualquer condição de higiene: banheiros sujos, lixo espalhado no chão, ratos e baratas nas dependências; etc.

As condições expostas restaram comprovadas com imagens e notícias da imprensa local anexas ao pleito, que demonstraram a insalubridade das instalações e as condições subumanas a que estavam submetidos os pacientes. Existem 160 leitos psiquiátricos vinculados ao SUS na referida instituição.

As imagens são estarrecedoras, rememorando ao caso do Hospital Colônia de Barbacena (e guardadas as devidas proporções), que dispensava aos internos condições subumanas, sob alegação de tratamento, nas décadas de 1960 e 1970.

Após deferimento da tutela de urgência (em apenas dois dias da protocolização³²), o município de Maceió juntou aos autos o Relatório de Visita Técnica devido a exame *in loco* da instituição, realizado em maio de 2017, em que foi elaborado um plano de ação conjunta para adequação da situação fática e estabelecidas as medidas prioritárias para implementação periódica (de forma imediata, a curto e médio prazo).

Realizadas audiências públicas entre as partes e representantes da instituição hospitalar, a Defensoria Pública peticionou nos autos para informar os efeitos da atuação extrajudicial – iniciada nesse momento – e solicitar a modificação dos efeitos da tutela provisória, o que foi deferido.

³² É prudente destacar que, ainda que haja rapidez na concessão de pedidos de tutela de urgência, a via da autocomposição se mostra mais efetiva, pois muitos entes federativos, fundados na previsão do art. 4º da Lei nº 8.437/1992, conseguem a suspensão da execução de liminares sob alegação de lesão à economia pública, especialmente em casos que demandam a implantação de políticas públicas mediante utilização de recursos públicos.

Em junho de 2018, o réu peticionou nos autos informando sobre a proposta da Defensoria Pública em firmar um compromisso de ajustamento de conduta para pôr termo à ação judicial, o que restou frustrado.

Sentenciado o processo em janeiro de 2019, os pedidos formulados pela Defensoria Pública foram deferidos, inclusive os formulados no decorrer do processo e que modificaram parte dos iniciais, dos quais se destaca: a proibição do remanejamento dos internos para as residências terapêuticas ou instituições similares em virtude de denúncias de mau funcionamento das recém implantadas residências³³, objeto da ação civil pública anteriormente relatada neste tópico.

Diante desse contexto, podemos notar que a proposta solicitada pela Defensoria Pública e deferida pelo juiz caminha na contramão do processo de desinstitucionalização, ao manter os internos em hospital psiquiátrico e continuar a privá-los de autonomia e convívio social. E ainda: mostra também que a construção das residências terapêuticas decorrentes da Ação Civil Pública proposta pelo MPEAL não alçou o completo objetivo, pois, além de existir considerável número de pacientes aguardando alocação própria, aquelas já instaladas foram noticiadas na imprensa local em consequência de ocorrência de maus tratos em suas dependências, o que faz presumir inexistente a fiscalização.

A importância do estudo das referidas ações decorre de um só fato: a necessária reformulação da situação na qual se encontra a política de saúde mental e a utilização de meios efetivos para que isso ocorra. Em ambos os casos, a opção pela via judicial precedeu à via autocompositiva – menos custosa e mais célere. Numa delas, sequer houve sentença e o objeto não vem sendo cumprido a contento; noutra, a sentença foi prolatada quase dois anos após a propositura, mas não atende as premissas da política de desinstitucionalização.

Registre-se ainda que, no primeiro caso estudado, as medidas extrajudiciais se limitaram ao encaminhamento de ofícios e recomendações, o que se revelou inefetivo, conforme afirmou a instituição ministerial no bojo da ação judicial; no segundo caso, a proposta de celebração de compromisso de ajustamento de conduta somente foi aventada após a instauração da ação judicial, quando já despendidos os custos decorrentes e inaugurados os desgastes entre as partes, tendo restado, portanto, infrutífera.

³³ Disponível em: <https://www.cadaminuto.com.br/noticia/331418/2018/12/19/defensoria-pede-remanejamento-de-pacientes-apos-denuncias-de-maus-tratos-na-residencia-terapeutica>

A formalização de compromisso de ajustamento de conduta em situações como as relatadas é medida que deve ser priorizada por variados motivos, sendo o principal deles a efetivação do direito à saúde em menor lapso temporal – seja na necessidade de disponibilização dos serviços ainda não implantados ou para melhoria e readequação daqueles já disponibilizados. O direito à saúde, enquanto consectário do direito à vida, pede urgência.

Além disso, o contexto social em casos tais reclama, igualmente, a utilização da via mais célere e daquela que proporcione ampla efetividade, de modo a garantir o acesso à justiça.

A tentativa de resolução consensual tende a ser mais efetiva do ponto de vista prático, em virtude da ampla participação dos envolvidos na construção da solução do conflito e da presença do diálogo. A aproximação dos participantes (compromitente, compromissário e, muitas vezes, dos próprios usuários) na construção da solução mais adequada ao caso rende melhores resultados em virtude da dialogicidade; da resolução do conflito via comunicação interativa dos sujeitos. Ao concordar com a proposta, e por participar da construção dessa proposta, a resolutividade do acerto, ao menos inicialmente, é consequencial. A judicialização caminha em sentido oposto.

Vale destacar, a título de exemplo, que em alguns municípios brasileiros foi celebrado o ajuste com a finalidade de efetivar a política de desinstitucionalização, sinalizando, assim, boas práticas no ramo. Um desses exemplos foi o ajuste firmado entre MPF, MPSP e os municípios de Sorocaba, Salto de Pirapora e Piedade, bem como o governo do Estado de São Paulo e o governo federal.³⁴ O objeto do ajuste foi a adequação da assistência prestada aos pacientes com transtornos mentais para fins de implantação das políticas e programas afetos à respectiva área, em consonância com o contínuo processo de desinstitucionalização (BRASIL, 2012).

Em seu bojo foram estipuladas obrigações conjuntas – com a precisa identificação das responsabilidades –, o que propiciou um trabalho coordenado e integrado para a efetiva realização das medidas e cumprimento do referido compromisso. Foi também estabelecido um Plano de Ação para

³⁴ Encontramos também exemplos de ajustes firmados nos municípios de Cachoeiro de Itapemirim/ES, Campo Maior/PI, Fortaleza/CE, Salvador/BA, embora sem notícias acerca do efetivo cumprimento.

Desinstitucionalização e Adequação da RAPS nos municípios participantes, em que foram definidas as ações de cada compromissário.

Ao que parece, esse foi um dos casos de compromisso de ajustamento de conduta na área de saúde mental que conseguiu efetiva exequibilidade, conforme noticiado em sítios eletrônicos diversos:

Sorocaba terá 14 novas Residências Terapêuticas na saúde mental

A rede de atenção psicossocial de Sorocaba terá mais 14 Residências Terapêuticas e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), permitindo a alta de todos os sorocabanos que se encontram internados em hospitais psiquiátricos da cidade e da região. O comunicado oficial foi feito na última sexta-feira (17), ao coordenador de saúde mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro Júnior, durante reunião mensal de discussão do Termo de Ajuste de Conduta (TAC) da Saúde Mental, realizada em Sorocaba. [...]

Com essas medidas, poderão deixar o Hospital Vera Cruz os 101 moradores considerados de Sorocaba, que são sorocabanos ou que, devido à classificação de abandonados, foram adotados pelo município. Também serão atendidos pelas novas RTs os 38 sorocabanos que se encontram internados em outros hospitais psiquiátricos da região. Atualmente Sorocaba conta com 26 RTs com 240 moradores, além de dois CAPS AD III, dois CAPS III e 3 CAPS IJ. Já o Hospital Vera Cruz possui 270 moradores, sendo 169 de outras localidades, da região e até de outros estados. (SINSAUDE, sd)

Promotora aprova cumprimento do TAC

Para o Ministério Público (MP) a avaliação do cumprimento do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) para a desinstitucionalização de pacientes moradores de hospitais psiquiátricos na região de Sorocaba é positiva. A promotora de justiça Alice Satiko Kubo Araújo participou da confecção do documento e afirma que o projeto é inovador e grandioso para solucionar um problema histórico. Ela chama atenção para a necessidade de outros municípios e até mesmo os governos do Estado e a União aderirem à política nacional de Saúde Mental e elogia a Prefeitura sorocabana na promoção da ressocialização dos pacientes com transtornos mentais submetidos à longos períodos de internação.

A ação do MP foi contemplada nacionalmente no final do ano passado com o prêmio Innovare, que identifica, premia e divulga práticas inovadoras realizadas por magistrados, membros do Ministério Público estadual e federal, defensores públicos e advogados públicos e privados. A promotora lembra que o MP realizou, pela primeira vez, a ligação entre União, Estado e municípios na aplicação da reforma psiquiátrica em um projeto que ela define como "inovador e grandioso" e que está sendo usado como modelo para outras regiões do Brasil. (JORNAL CRUZEIRO DO SUL, 2015)

MPF aponta que Sorocaba tem se destacado em ações de saúde mental

As ações de desinstitucionalização de pacientes de saúde mental que estão sendo implementadas pela Secretaria da Saúde (SES) de Sorocaba foram apontadas pela promotora federal Lisiane Braecher como exemplo a ser seguido por outros municípios. "Ao contrário de outras cidades, em Sorocaba esse processo está adiantado", também apontou a promotora durante reunião nesta quarta-feira (23), na sede Departamento Regional de Saúde (DRS-16). O encontro, realizado mensalmente, serve para discutir o andamento de ações para cumprimento do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), firmado em 18 de dezembro de 2012 entre a União, Estado e os municípios de Sorocaba, Piedade e Salto de Pirapora. O acordo

estipula a completa desinstitucionalização até dezembro de 2016. (G1a, 2016)

Sorocaba e MPF cobram repasses federais para saúde mental

A Coordenação de Saúde Mental da Secretaria da Saúde (SES) de Sorocaba e o Ministério Público Federal (MPF) cobraram do Ministério da Saúde (MS) a efetivação dos repasses aprovados pelo governo federal para investimentos na montagem de equipes profissionais, a fim de agilizar a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos que estão internados em hospitais da região de Sorocaba. A reivindicação foi apresentada durante reunião, nesta quarta-feira (27), na sede Departamento Regional de Saúde (DRS-16). Encontros como esse têm ocorrido a cada mês em Sorocaba para discutir o andamento de ações para cumprimento do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), firmado em 18 de dezembro de 2012, entre a União, Estado e os municípios de Sorocaba, Piedade e Salto de Pirapora. (G1b, 2016)

AUDIÊNCIA PÚBLICA: Saúde mental é tema de debate na Câmara Municipal

Manga iniciou a sessão ressaltando a importância de debater ações para melhorar o atendimento aos pacientes de saúde mental em Sorocaba, bem como avaliar o cumprimento do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) firmado entre a Prefeitura e o Ministério Público, para desinternação de pacientes de hospitais psiquiátricos da cidade e região, e o que isso trouxe de positivo ou negativo. (CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA, 2017)

Sorocaba deixa de ser maior polo manicomial do Brasil e se torna referência

A cidade de Sorocaba (SP) deixou de ser o maior polo manicomial do Brasil e se tornou referência. A luta manicomial na cidade começou há sete anos, quando a região contava com sete hospitais psiquiátricos que foram desativados. As melhoras no atendimento psiquiátrico tiveram início após um termo de ajustamento de conduta. O documento foi assinado em 2012 e, de lá para cá, a maioria dos hospitais psiquiátricos da região já está fechada. Sorocaba possui oito Centros de Atenção Psicossocial, conhecidos como CAPS, sendo três deles voltados especificamente ao público infanto-juvenil. Até o dia 31 de agosto deste ano, 38 mil atendimentos foram realizados em toda a cidade. Em 2017 foram cerca de 70 mil atendimentos. O município conta ainda com 40 residências terapêuticas, que abrigam quase 367 moradores que deixaram os antigos hospitais psiquiátricos. (G1, 2018)

Sorocaba é a 1ª cidade a cumprir o TAC sobre saúde mental

Na manhã desta terça-feira (06), a Prefeitura de Sorocaba realizou a alta dos quatro últimos pacientes do Hospital Vera Cruz e encerrou o processo de desinstitucionalização da Saúde Mental. Marcado por uma grande emoção no momento da alta, funcionários e pacientes se abraçaram na despedida. Os quatro moradores que são naturais da cidade de Salto, foram encaminhados para uma Residência Terapêutica na mesma cidade. Sorocaba também é a primeira cidade da região a cumprir o TAC (Termo de Ajuste de Conduta) referente a política de saúde mental. (JORNAL Z NORTE, 2018)

Em cumprimento a TAC proposto pelo Ministério Público, hospital em Sorocaba é fechado

Conhecido como um símbolo da luta contra as internações psiquiátricas de longa duração, o Hospital Vera Cruz, em Sorocaba, foi fechado neste mês como parte do cumprimento de Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) firmado em 2012 pelo MPSP, Ministério Público Federal, União, Estado e municípios de Sorocaba, Salto de Pirapora e Piedade. De acordo com o

documento, os pacientes atendidos em unidades desse tipo deve [sic] passar a realizar o tratamento em residências terapêuticas, o que garante a eles maior qualidade de vida. Na ocasião da assinatura do TAC, Sorocaba possuía 2.700 pacientes em internação de longo prazo. Com o fechamento do Vera Cruz e de outros seis hospitais, esse número caiu para 400 pessoas. (MPSP, 2018)

De todas as notícias aportadas – de fontes variadas, é bom dizer –, podemos perceber o efetivo cumprimento do ajuste firmado no Município de Sorocaba. Verifica-se também que seu adimplemento ocorreu gradativamente, como é de se esperar quando se trabalha com limitação de recursos, e que as reuniões periódicas foram de salutar importância para o desenvolvimento e cumprimento do objeto pactuado. Além disso, há notícias de realização de audiências públicas durante a fase executiva, sugerindo, portanto, que a ampla discussão e participação é medida que tende a conferir maior eficácia ao ajuste, tendo em vista a construção conjunta da resolutividade.

Se formos comparar com o proveito útil obtido por meio das ações civis públicas manejadas em face do Município de Maceió, podemos perceber quanto a negociação extrajudicial parece ser mais vantajosa. Claro que estamos tratando de realidades governamentais distintas, inclusive sob aspecto financeiro, mas considerando que grande parte dos recursos é proveniente de repartição obrigatória de receitas, podemos perceber que a resolução negociada avançou mais depressa na implementação da política de saúde mental local. Destaque-se que o município de Maceió afirmou no Plano Municipal de Saúde que recebeu recursos federais para a respectiva implantação da rede, embora não tenha levado a cabo as ações respectivas.

Além disso, foi noticiada a construção de mais 14 residências terapêuticas e 1 CAPS em Sorocaba durante a fase de execução do compromisso, enquanto que, em Maceió, foram construídas apenas 7 residências terapêuticas durante o transcurso de uma ACP (residências essas que, posteriormente, foram noticiadas na imprensa local por mau funcionamento).

No processo judicial em Maceió, as partes permaneceram equidistantes travando um “diálogo” via petições, ao passo que no compromisso de ajustamento em Sorocaba foram realizadas reuniões periódicas (além de audiência pública) com vistas a discutir e aprimorar o cumprimento do objeto pactuado por meio de soluções consensualmente construídas.

Ademais, foi noticiado que, antes da celebração do compromisso de ajustamento de conduta, o município de Sorocaba contava com 2.700 pacientes de longa permanência internados em hospitais psiquiátricos e, ao final de seu cumprimento, restaram apenas 400 pacientes. Em Maceió, por sua vez, houve a transferência somente de 70 pacientes e a ação judicial ainda não teve cumprido o seu objeto.

Do que se vê, portanto, a resolução autocompositiva aqui descrita aparenta deter maiores vantagens quando comparada à tentativa de resolução via judicial. O modelo de compromisso de ajustamento de conduta celebrado com o município de Sorocaba surtiu consideráveis efeitos. O Município, de população estimada em 644.919 habitantes (IBGE, 2010), conta atualmente com 40 residências terapêuticas e 8 CAPS em decorrência do ajuste firmado. Comparado a Maceió, que possui mais de um milhão de habitantes, apenas 5 CAPS e 7 residências terapêuticas, percebemos quanto falta avançar e como a resolução autocompositiva via compromisso de ajustamento de conduta pode ser benéfica para adequação da situação atualmente posta.

3.6 COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA NA SAÚDE MENTAL - UMA ALTERNATIVA NÃO APENAS POSSÍVEL, MAS VIÁVEL. COMO PODEMOS AVANÇAR?

Do ponto de vista jurídico, podemos perceber que a tutela do direito à saúde na esfera mental, como todo direito transindividual, pode se efetivar pela via judicial ou extrajudicial. A via extrajudicial, no entanto, para além de todos os benefícios que traz consigo, propicia a satisfação do direito de forma mais célere e menos custosa. Nesse cenário, o compromisso de ajustamento de conduta se adequa perfeitamente para amenizar a situação de ineficiência pela qual atravessa a atual política e propiciar a satisfação do direito dos usuários.

Do ponto de vista prático, como restou demonstrado através da experiência no município de Sorocaba, muito se pode avançar com a resolução autocompositiva via compromisso de ajustamento. Em contrapartida, vimos, através da experiência em Maceió, que as ações civis públicas não proporcionaram as melhores soluções para resolução do problema.

Não se pode esquecer que o compromisso de ajustamento vem atrelado à garantia do acesso à justiça que, longe de se restringir ao acesso ao judiciário, funciona como meio de promoção de desigualdades sociais. Posto alcançar uma coletividade indeterminada de pessoas, alinha acesso à justiça com satisfação de direitos, apresentando-se, assim, como uma alternativa não apenas possível, mas extremamente viável para a consolidação das políticas públicas de saúde mental:

Quando a norma jurídica incide sobre o suporte fático por ela previsto, surge o fato jurídico. A realização do direito dá-se quando este, em dadas circunstâncias, se incorpora no patrimônio do indivíduo ou dos grupos, da pessoa física ou jurídica (BEZERRA, 2008, p. 93).

Acesso à justiça não se identifica com mera admissão ao processo, ou possibilidade de ingresso em juízo. [...] para que haja o efetivo acesso à justiça é indispensável que o maior número de pessoas seja admitido a demandar ou defender-se adequadamente, nos casos de escolha da via judicial, e que haja segurança de suas próprias soluções nos casos de via extrajudicial (BEZERRA, 2008, p. 103).

A resolução do conflito via consensualidade aproxima o Poder Executivo – responsável pela implementação das políticas públicas de saúde mental – de instituições responsáveis pela promoção de meios que subsidiam o acesso à justiça pela coletividade de usuários, como Defensoria Pública e Ministério Público. A aproximação entre os sujeitos envolvidos amplia o diálogo e favorece o processo resolutivo.

Ademais, a atuação extrajudicial em âmbito ministerial é incentivada institucionalmente, como pudemos ver na já citada Resolução do CNMP nº 118 de 2015.

A utilização do compromisso de ajustamento de conduta na implementação das políticas públicas de desinstitucionalização e na instalação da RAPS figura como um mecanismo de acentuada credibilidade para a satisfação dos direitos dos usuários. Referido instrumento demonstra potencial eficácia para a implantação dos serviços componentes da mencionada rede e para o aprimoramento dos objetivos da política de desinstitucionalização, mediante propostas que visem à efetiva reinserção social e autonomia dos doentes, bem como seu acolhimento familiar. O exemplo de Sorocaba demonstra a potencial chance de maior exequibilidade da medida.

Em vista disso, poderíamos apontar as seguintes medidas que, a nosso ver, facilitariam o seu cumprimento:

- Maior aproximação e estreitamento do diálogo entre Poder Executivo e instituições como Ministério Público e Defensoria Pública na fase que antecede a celebração do compromisso de ajustamento de conduta, após o estudo da realidade local, das deficiências verificadas e das potenciais medidas que promovam o respectivo melhoramento;

- Como a gestão da política de saúde mental é articulada e cooperativa entre os entes federativos, a participação das três esferas governamentais, a exemplo do que ocorreu com o ajuste firmado no Município de Sorocaba, é medida que intensifica a atuação das instâncias responsáveis pelo seu cumprimento e facilita a execução;

- Como decorrência, a participação do MPE e MPF (ou Defensoria Pública da União e dos Estados) na condução dos trabalhos também reforça a força executiva do instrumento para com os compromissários;

- A identificação detalhada e precisa das responsabilidades de cada envolvido;

- A articulação das medidas em conjunto com o contexto orçamentário do(s) ente(s);

- A realização de fiscalizações periódicas por comissões instituídas para estes fins e a estipulação de datas para apresentação de relatórios periódicos;

- Do ponto de vista do objeto, a atuação, além do compromisso de implementação das estratégias componentes da RAPS, poderia prever: alta assistida combinada com a continuidade do cuidado no município de origem do paciente, desde que adira ao compromisso; educação e capacitação dos profissionais da saúde mental, bem como ampliação do número de médicos psiquiatras; criação de projetos de geração de renda para os pacientes que receberem alta; elaboração de um censo da saúde mental local e planejamento do plano municipal de saúde mental nele embasado, a fim de verificar as maiores necessidades para aprimoramento da política; a atualização do cadastro dos serviços por quantitativo; a realização de ações preventivas e de educação e informação sobre a doença mental, de modo a abranger as famílias envolvidas e a comunidade.

Feitas estas considerações, elucidativas são as palavras de Pedro Hespanha *et al*:

Para que o processo de desinstitucionalização promova a melhoria da qualidade de vida das pessoas com doença mental alguns fatores são fundamentais: a *desdiferenciação* dos cuidados de saúde mental, no sentido de passarem a incluir dimensões não exclusivamente clínicas, a sua descentralização e integração nos cuidados gerais de saúde, o reconhecimento da natureza complexa da doença mental (entre o biológico e o social), a manutenção (sempre que possível) das pessoas com perturbação mental no seu meio ou a sua reinserção social quando institucionalizadas e o envolvimento da família e outros cuidadores informais no processo terapêutico (2012, p. 235).

Nota-se, assim, certa elasticidade quanto às medidas que poderiam ser adotadas na via do compromisso de ajustamento de conduta para facilitar a instrumentalização local da política de desinstitucionalização, de modo a ver os serviços da RAPS efetivamente implantados e a promover a reinserção social dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo, procuramos analisar a Política Nacional de Saúde Mental atualmente vigente no país, alicerçada sobre as bases do fenômeno da desinstitucionalização, com a finalidade de averiguar o atual estado da arte, apontar suas deficiências e mensurar a efetiva disponibilização dos serviços aos usuários, após análise das bases históricas e doutrinárias acerca da matéria, bem como dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

A partir de uma introdução inicial no tema, incursionamos na análise da saúde enquanto direito social, sua proteção internacional no campo dos direitos humanos, a previsão constitucional vigente e a efetiva disponibilização através do SUS. Em continuidade, procedemos à contextualização da saúde mental enquanto ramo do direito à saúde destinatário de políticas públicas próprias.

Com o fim de dar prosseguimento lógico à pesquisa, adentramos no estudo histórico e doutrinário acerca do tratamento público inicialmente conferido aos portadores de transtornos mentais e os reflexos sociais então advindos. Para conferir maior solidez ao presente estudo, foi analisado o processo de institucionalização do paciente, mediante exame de doutrina e legislação próprias e o caminho evolutivo percorrido até o alcance do movimento de desinstitucionalização, que, no Brasil, se evidenciou com a Reforma Psiquiátrica ocorrida a partir da década de 1970.

Foram analisados ainda os reflexos da referida reforma na produção legislativa pátria e os fins específicos que propunha, como a ampliação da autonomia do paciente e a promoção de sociabilidade.

Em decorrência da produção legislativa na área e, após instituída legal e formalmente a necessidade do processo de desinstitucionalização da saúde mental no Brasil, examinamos detalhada e pormenorizadamente a Política Nacional de Saúde Mental atualmente vigente no país, definida por meio da Portaria nº. 3.088/2011 do Ministério da Saúde, os serviços e estratégias que a compõem e as finalidades de cada ramo que a integra.

A partir do boletim “Saúde Mental em Dados - 12” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), bem como através de informações divulgadas pelo Ministério da

Saúde em 2017, averiguamos a progressiva implantação dos serviços nas diversas regiões do país mediante coleta de dados oficiais, com a finalidade de analisar o cumprimento das normas legais e aferir a concretização da política de desinstitucionalização. Dos dados coletados, pudemos perceber quão lenta se encontra a implantação das ações e serviços públicos relacionados à saúde mental e à desinstitucionalização no país, em total descumprimento das normas legais.

Em capítulo específico, analisamos o regramento do compromisso de ajustamento de conduta enquanto mecanismo de tutela de direitos transindividuais, entre os quais se insere o direito à saúde mental. Destacamos ainda as vantagens do instituto, especialmente a resolutividade consensual do conflito mediante imediata formação de título executivo extrajudicial e a ampliação do acesso à justiça.

Por fim, examinamos a utilização do compromisso de ajustamento de conduta na saúde mental, enquanto instrumento apto a facilitar a implementação da política de desinstitucionalização. Nesse contexto, examinamos os dados atinentes à judicialização da saúde por meio do relatório “Justiça em Números” elaborado pelo CNJ em 2018, de modo a sobrelevar a utilização do compromisso de ajustamento de conduta como meio hábil, do ponto de vista prático e jurídico, a tutelar o direito à saúde mental e a priorizar a autocomposição dos conflitos.

Em recorte geográfico, analisamos a instituição da RAPS no município de Maceió, mediante dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, e pudemos constatar a mora pela qual a atuação municipal se encontra em relação à política pública de saúde mental e os fins da desinstitucionalização. Levantamos os dados acerca de compromissos de ajustamento de conduta celebrados na referida municipalidade, para o fim de verificar o número de celebrações na área da saúde como um todo e na área específica da saúde mental, o que resultou na ausência de ajustes firmados na localidade com este propósito.

Complementarmente, analisamos duas ações civis públicas propostas em face do Município de Maceió com objetivo de implantação de serviços componentes da RAPS e analisamos os efeitos práticos delas decorrentes que, na prática, foram pouco expressivos. Em seguida, procedemos ao estudo de um compromisso de ajustamento de conduta noticiado como exitoso, firmado com os Municípios de Sorocaba, Salto de Pirapora e Piedade, no Estado de São Paulo, cujo objeto era a implantação das estratégias da RAPS e cujo resultado prático foi a ampliação

considerável de parte dos serviços da rede no Município de Sorocaba especificamente.

Concluímos, assim, num primeiro plano, a partir do presente estudo que a instituição da RAPS encontra-se aquém do minimamente esperado, especialmente considerando o vasto lapso temporal decorrido desde a publicação da legislação que previu a desinstitucionalização da saúde mental e que instituiu os serviços necessários a porem em prática a referida política.

Num segundo plano, verificamos que a utilização do compromisso de ajustamento de conduta pode contribuir para a efetiva implementação da política de desinstitucionalização e para reduzir a judicialização da matéria, especialmente diante da evidente omissão estatal na implementação dos serviços correlatos e do atual congestionamento que se encontra o Poder Judiciário, fato que dificulta a prestação da tutela de maneira eficiente.

Posteriormente, tomando como parâmetro o município de Maceió, verificamos, além da prestação deficitária dos serviços públicos de saúde na esfera mental, a inexistência de utilização pelas instituições responsáveis pela tutela dos direitos transindividuais do compromisso de ajustamento de conduta como um meio de auxiliar a implementação da política de desinstitucionalização.

Diante de todas as nuances verificadas ao longo do presente estudo, compreendemos, portanto, que a utilização do compromisso de ajustamento de conduta – aliada a uma série de medidas relativas ao alargamento e preciso detalhamento do objeto, priorização da fiscalização e ampliação da participação dos entes federativos e das instituições responsáveis por sua celebração – traduz um eficiente mecanismo para consolidação e implementação da política nacional de saúde mental baseada na desinstitucionalização.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Ana Alexandra Marinho; RODRIGUES, Nuno Filipe Reis. Determinantes sociais e econômicos da saúde mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28(2), p. 127-131, 2010.
- AGUIAR, Zenaide Neto. Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde – Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: Zenaide Neto Aguiar (org.). **SUS – Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2015.
- _____. A Descentralização do SUS: O Financiamento e as Normas Operacionais Básicas de Saúde. In: Zenaide Neto Aguiar (org.). **SUS – Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2015.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- AKAOUI, Fernando Reverendo Vidal. **Compromisso de Ajustamento de Conduta Ambiental**. 5ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.
- AMARANTE, Paulo. **Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil**. In: Paulo Amarante (org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico no Rio Grande do Norte**. In: Aluísio Ferreira de Lima (org.). *(Re) Pensando a Saúde Mental e os processos de desinstitucionalização*. Curitiba: Appris, 2018.
- ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sônia Weidner. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. **Revista Interface (Botucatu) [online]**, v.21, n.63, p.811-821, Epub, jun. 2017.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro – vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração editorial, 2013.
- ASENSE, Felipe Dutra. **Direito à Saúde: práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação**. Curitiba: Juruá, 2013.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias; SIGMON, Aline Gabriela. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: nov. 2011.
- BARCELLOS, Ana Paula de. **Curso de Direito Constitucional**. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

BARROS, Denise Dias. **Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber.** In: Paulo Amarante (org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo – Os Conceitos Fundamentais e a Construção do Novo Modelo.** 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2017, 583 p.

BASAGLIA, Franco; CASAGRANDE, Domenico; COMBA, Letizia Jervis; JERVIS, Giovanni; PIRELLA, Agostino; SCHITTAR, Lucio; SLAVICH, Antonio.

Considerações sobre uma experiência comunitária. In: Paulo Amarante (org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. **Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BEVILACQUA, Lucas; BUÍSSA, Leonardo; MOREIRA, Fernando Henrique Barbosa Borges. Impactos orçamentários da judicialização das políticas públicas de saúde. **Coletânea Direito à Saúde – Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde.** Brasília: outubro de 2018. Disponível em: <www.conass.org.br/biblioteca>, acesso em: 05/02/2019.

BEZERRA, Paulo Cesar Santos. **Acesso à Justiça: Um problema ético-social no plano da realização do direito.** Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

BONAVIDES, Paulo. **Do Estado liberal ao Estado social.** 8ª ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei Nº 5.139/2009.** Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=E82146563792F7E89087F655630F7851.proposicoesWebExterno1?codteor=754582&filena me=Tramitacao-PL+5139/2009>, acesso em nov. 2018.

BRASIL. CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA. **AUDIÊNCIA PÚBLICA: Saúde mental é tema de debate na Câmara Municipal.** Disponível em: <<http://www.camarasorocaba.sp.gov.br/sitecamara/noticias/vernoticia;jsessionid=4fb930a9c78f007bed1ae7c79583?codigoNoticia=15838>>, acesso em jun. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>, acesso em out. 2018.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE. **16ª Conferência Nacional da Saúde.** Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/16cns/index.html>>, acesso em jun. 2019.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Justiça em números 2018.** Disponível em: <https://paineis.cnj.jus.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=qvw_I%2FPainelCNJ>.

qvw&host=QVS%40neodimio03&anonymous=true&sheet=shResumoDespFT>, acesso em fev. 2019.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Resolução CNMP nº 118**, de 27 de janeiro de 2015. Disponível em:

<http://www.cnmp.mp.br/portal/images/Normas/Resolucoes/Resolu%C3%A7%C3%A3o_n%C2%BA_118_autocomposi%C3%A7%C3%A3o.pdf>, acesso em nov. 2018.

_____. **Resolução CNMP nº 179**, de 26 de julho de 2017. Disponível em: <<http://www.cnmp.mp.br/portal/images/Resolucoes/Resolu%C3%A7%C3%A3o-179.pdf>>, acesso em nov. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 1.132**, de 22 de dezembro de 1903. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>, acesso em dez. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 49.974-A**, de 21 de janeiro de 1961. Disponível em:

<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-49974-a-21-janeiro-1961-333333-publicacaooriginal-1-pe.html>>, acesso em dez. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>, acesso em mar. 2019.

BRASIL. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Pesquisa mostra alta incidência de transtornos mentais na população de capitais brasileiras**. Disponível em:

<<https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-mostra-alta-incidencia-de-transtornos-mentais-na-populacao-de-capitais-brasileiras>>, acesso em jan. 2019.

BRASIL. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. 224p. Disponível em:

<<https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>>, acesso em mar. 2019.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013 - Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: 2015.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: 2011.

BRASIL. **Lei nº 7.244**, de 07 de novembro de 1984. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/1980-1988/L7244.htm>, acesso em out. 2018.

BRASIL. **Lei 8.069**, de 13 de julho de 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>, acesso em nov. 2018.

BRASIL. **Lei 8.078**, de 11 de setembro de 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>, acesso em nov. 2018.

Brasil. **LEI Nº 8.437**, de 30 de junho de 1992. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8437.htm>, acesso em jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9784**, de 29 de janeiro de 1999. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9784.htm>, acesso em out. de 2018.

BRASIL. **Lei 10.216**, de 06 de abril de 2001. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>, acesso em nov. de 2018.

BRASIL. **Lei 10.708**, de 31 de julho de 2003. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>, acesso em nov. 2018.

BRASIL. **Lei 13.105**, de 16 de março de 2015. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm>, acesso em nov. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **Comunidades Terapêuticas**. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas>>, acesso em jun. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Básica**. Disponível em:
<www.portalms.saude.gov.br/atencao-basica>, acesso em dez. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos humaniza SUS**. Volume 5. Saúde Mental. Brasília: Editora MS, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS**. 4ª ed. Brasília: Editora MS, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em Saúde Mental– 1990 a 2002**. 3ª ed. Brasília: 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília: agosto de 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. Disponível em: <www.portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>, acesso em dez. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.077**, de 31 de outubro de 2003. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2077_31_10_2003.html>, acesso em jan. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>, acesso em dez. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 121**, de 25 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>, acesso em jan. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.240**, de 3 de novembro de 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>, acesso em dez. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 324**, de 20 de março de 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt0324_29_03_2018.html>, acesso em fev. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental em Dados – 12**. Ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Disponível em: <www.portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>, acesso em nov. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE ALAGOAS. Disponível em: <<https://sistemas.mp.al.br/transparencia/areaFim/extrajudiciais?tipo=382&id=7>>, acesso em mar. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA. **Situação da saúde mental ainda é considerada precária em Salvador**. Disponível em: <<https://www.mpba.mp.br/noticia/28474>>, acesso em abr. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ. **Prefeitura de Fortaleza assina TAC em prol de melhorias na Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza**. Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/2017/07/25/prefeitura-de-fortaleza-assina-tac-em-prol-de-melhorias-na-rede-de-atencao-psicossocial-de-fortaleza/>>, acesso em abr. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Em cumprimento a TAC proposto pelo Ministério Público, hospital em Sorocaba é fechado**. Disponível em:

<http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id_noticia=18402542&id_grupo=118>, acesso em jun. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Disponível em: <<http://apps.mpf.mp.br/aptusmpf/portal?servidor=portal-tac>>, acesso em mar. 2019. _____ . Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/atuacao-do-mpf/tac-desinstitucionalizacao-de-hospitais-psiquiatricos-2012>>, acesso em abr. 2019.

BRASIL. PREFEITURA DE SOROCABA. **Sorocaba é a 1ª cidade a cumprir o TAC sobre saúde mental.** Disponível em: <<http://agencia.sorocaba.sp.gov.br/sorocaba-e-a-1a-cidade-a-cumprir-o-tac-sobre-saude-mental/>>, acesso em abr. 2019.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2548440>>, acesso em out. 2018.

BRASIL. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ. **Plano Municipal de Saúde 2018/2021.** Disponível em: <<http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/2018/10/pdf/2018/10/PLANO-MUNICIPAL-ATUALIZADO-EM-18-09-20181.pdf>>, acesso em mar. 2019.

BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE ALAGOAS. Disponível em: <<http://www.tjal.jus.br/>>, acesso em abr. 2019.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas Públicas e Direito Administrativo. **Revista de Informação Legislativa.** Brasília: Ano 34, n. 133, p. 89, jan/mar 1997. _____ . **Fundamentos para uma Teoria Jurídica das Políticas Públicas.** São Paulo: Saraiva, 2013.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryan. **Acesso à Justiça.** Porto Alegre: Fabris, 1988.

CARDOSO, Henrique Ribeiro. **O Paradoxo da Judicialização das Políticas Públicas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde.** 3 ed. São Paulo: Unicamp, 2001.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Ação Civil Pública: Comentários por Artigo.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001.

CATÃO, Marconi do Ó. **Genealogia do Direito à Saúde: uma reconstrução de saberes e práticas da modernidade.** Campina Grande: EDUEPB, 2011.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS – CNM. **Estudos técnicos.** vol. 07: crack, é possível vencer. 2015. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/ET%20Vol%207%20-%2019.%20Crack,%20%C3%A9%20poss%C3%ADvel%20vencer.pdf>, acesso em mar. 2019.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito Sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.22 n. 1, São Paulo, p. 57-63, fev. de 1988.

DIAS, Dhenise Maria Franco. O direito público subjetivo e a tutela dos Direitos Fundamentais Sociais. **Revista Jurídica da Presidência**, v.14, nº 102, p. 233-250, fev-mai. 2012.

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/saude/>>, acesso em out. 2018.

DUARTE, Clarice Seixas. Direito Público Subjetivo e Políticas Educacionais. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18 nº 2, p. 113-118, 2004.

FONSECA, Bruno Gomes Borges da. **Compromisso de Ajustamento de Conduta**. São Paulo: LTR, 2013.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Ética, Direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n. 3, p. 30-35, set-dez/2004.

G1. **MPF aponta que Sorocaba tem se destacado em ações de saúde mental**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/sorocaba-jundiai/especial-publicitario/prefeitura-de-sorocaba/sorocaba-em-noticias/noticia/2016/03/mpf-aponta-que-sorocaba-tem-se-destacado-em-aco-es-de-saude-mental.html>>, acesso em jun. 2019.

_____. **Sorocaba e MPF cobram repasses federais para saúde mental**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/sorocaba-jundiai/especial-publicitario/prefeitura-de-sorocaba/sorocaba-em-noticias/noticia/2016/04/sorocaba-e-mpf-cobram-repasses-federais-para-saude-mental.html>>, acesso em jun. 2019.

_____. **Sorocaba deixa de ser maior polo manicomial do Brasil e se torna referência**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sorocaba-jundiai/noticia/2018/10/15/sorocaba-deixa-de-ser-maior-polo-manicomial-do-brasil-e-se-torna-referencia.ghtml>>, acesso em abr. 2019.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; BRAGA, Patrícia Seixas da Costa. Saúde e inovação: dinâmica econômica e Estado de Bem-Estar Social no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, 2016.

GORDILLO, Agustín. **Tratado de Derecho Administrativo y obras selectas**. Buenos Aires: Fundación de Derecho Administrativo, 2017.

GRINOVER, Ada Pellegrini. **Novas Tendências na Tutela Jurisdicional dos Interesses Difusos**. Conferência proferida na sessão solene do E. Tribunal de Justiça do Estado do Pará, no Dia da Justiça (8 de dezembro de 1993).

JORNAL CRUZEIRO DO SUL. **Promotoria aprova cumprimento do TAC**.

Disponível em <<https://www2.jornalcruzeiro.com.br/materia/593063/promotoria-aprova-cumprimento-do-tac>>, acesso em jun. 2019.

JORNAL Z NORTE. **Sorocaba é a 1ª cidade a cumprir o TAC sobre saúde mental. Disponível em:** <<http://jornalznorte.com.br/saude/sorocaba-e-1a-cidade-cumprir-o-tac-sobre-saude-mental/>>, acesso em jun. 2019.

KRELL, Andreas J. **Discrecionalidade Administrativa e conceitos legais indeterminados – Limites do controle judicial no âmbito dos interesses difusos**. 2ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2013.

LAMY, Marcelo. Valor jurídico das resoluções, declarações e recomendações internacionais. **Caderno de Relações Internacionais**, v. 05, nº 9, jul-dez 2014.

LAMY, Marcelo. Obrigação estatal de instituir políticas públicas: novas virtualidades para o Direito Internacional. **Caderno de Relações Internacionais**, v. 06, nº 10, jan-jun 2015.

LEJDERMAN, Fernando. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul: comentário. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 32, p.16-18, 2010.

LIMA, Aluísio Ferreira de. **Os Movimentos progressivos-regressivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. In: Aluísio Ferreira de Lima (org.). (Re) Pensando a Saúde Mental e os processos de desinstitucionalização. Curitiba: Appris, 2018.

MACEDO, João Paulo; ABREU, Mariana Marinho de; DIMENSTEIN, Magda; FONTENELE, Mayara Gomes. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.26, n. I, p.155-170, 2017.

MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel; SARLET, Ingo Wolfgang. **Curso de Direito Constitucional**. 6ª ed. São Paulo: Saraiva, 2017.
_____. **Novas linhas do processo civil**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1993.

MARQUES, Silvia Badim. Direito à Saúde: complexidade e enfrentamentos extrajudiciais. **Para Entender a Gestão do SUS** – 2015, 1ª edição. Disponível em: <www.conass.org.br>, acesso em dez. 2018.

MAZILLI, Hugo Nigro. Compromisso de ajustamento de conduta: evolução e fragilidades e atuação do Ministério Público. **Revista de Direito Ambiental**, Brasília, CEJ, Ano XXI, vol. 41, p. 93, jan. 2006.

MOURATO, Isolda Maria Dias Baptista. **A loucura e a exclusão social: Dinâmicas do desenvolvimento local. Estudo de Caso – Uma Instituição do Norte Alentejano**. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23361/2/29975.pdf>>, acesso em jan. 2019.

NERY, Ana Luiza. **Termo de Ajustamento de Conduta**. Revista dos Tribunais: São Paulo, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão**, de 10 de dezembro de 1948. Disponível em <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>, acesso em dez. 2018.

_____. **Investimento em saúde mental cresce em ritmo insuficiente, denuncia OMS**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/investimento-em-saude-mental-cresce-em-ritmo-insuficiente-denuncia-oms/>, acesso em fev. 2019.

_____. **Pacto Internacional dos Direitos Sociais, econômicos e culturais**, de 19 de dezembro de 1966. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>, acesso em dez. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição**, de 22 de julho de 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>, acesso em jan. 2019.

_____. **Declaração de Caracas**, de 14 de novembro de 1990. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>, acesso em nov. 2018.

_____. **MENTAL HEALTH ATLAS 2017**. Genebra: 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

_____. **MI-GAP – Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**. disponível em: <https://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf>, acesso em jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OPAS/OMS**. Disponível em: <<https://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/portifolio%20opas%202016%20web%2001.pdf?ua=1&ua=1>>, acesso em nov. de 2018.

_____. **Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839>, acesso em jan. de 2019.

PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012. _____ **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 14ª ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

RODRIGUES, Geisa de Assis. **Ação Civil Pública e Termo de Ajustamento de Conduta – Teoria e Prática**. Forense: Rio de Janeiro, 2011.

SARMENTO, Daniel; SOUZA NETO, Cláudio Pereira de. **Direito Constitucional – Teoria, história e métodos de trabalho**. 2ª ed. Belo horizonte: Forum, 2016.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MARQUES, Maria Manuel Leitão; PEDROSO, João. Os tribunais nas sociedades contemporâneas. **Oficina do Centro de Estudos Sociais**. Coimbra: nº. 65, nov. de 1995.

SANTOS, Irma Maria De Moraes. **Projetos culturais e saúde mental: promoção de inclusão social e qualidade de vida**. 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-16042015-160740/pt-br.php>>, acesso em jan. 2019.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceito, esquemas de análises, casos práticos**. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017.
_____. **Análise de Políticas Públicas: diagnóstico de problemas, recomendações de soluções**. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães. **O Sistema Único de Saúde e suas Diretrizes Constitucionais**. 2ª ed. São Paulo: Verbatim, 2012.

SINSAUDE. **Sorocaba terá 14 novas Residências Terapêuticas na saúde mental**. Disponível em: <http://www.ssaude.org.br/web/index.php?option=com_content&view=article&id=586:sorocaba-tera-14-novas-residencias-terapeuticas-na-saude-mental&catid=42:sinsaude&Itemid=199>, acesso em jun. 2019.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>, acesso em jun. 2019.

SOUZA, Silvana Cristina Bonifácio. **Assistência Jurídica integral e gratuita**. São Paulo: Editora Método, 2003.

TNH1 NOTÍCIAS. **Vídeo mostra ambiente de abandono e falta de estrutura em casa de saúde em Maceió**. Disponível em <<https://www.tnh1.com.br/noticia/nid/video-mostra-ambiente-de-abandono-e-falta-de-estrutura-em-casa-de-saude-em-maceio/>>, acesso em abr. 2019.

VENTURINI, Ernesto. **A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

XAVIER, Christabelle-Ann. Judicialização da Saúde: Perspectiva Crítica sobre os Gastos da União para o Cumprimento das Ordens Judiciais. **Coletânea Direito à Saúde – Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde**. Brasília: outubro de 2018. Disponível em: www.conass.org.br/biblioteca.