



UNIVERSIDADE DO VALE DO TAQUARI - UNIVATES

CURSO DE DIREITO

**ANÁLISE DAS DECISÕES DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL REFERENTE ÀS AÇÕES DE  
INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NA COMARCA DE LAJEADO, NO  
PERÍODO DE 2014 A 2018**

Marcela Allebrand Jaeger Schmitz

Lajeado, junho de 2019

Marcela Allebrand Jaeger Schmitz

**ANÁLISE DAS DECISÕES DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL REFERENTE ÀS AÇÕES DE  
INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NA COMARCA DE LAJEADO, NO  
PERÍODO DE 2014 A 2018**

Monografia apresentada na disciplina de Trabalho de Curso II, do Curso de Direito, da Universidade do Vale do Taquari - Univates, como parte da exigência para obtenção do título de Bacharela em Direito.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Me. Alice Krämer Iorra Schmidt

Lajeado, junho de 2019

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, à Deus, por ter guiado o meu caminho e me ensinado que tudo é possível àquele que crê.

Ao meu marido, Éderson Paulo Schmitz, que sempre acreditou no meu potencial e me incentivou a dar o meu melhor em cada página escrita nessa monografia. Agradeço por caminhar do meu lado todos os dias e por sonhar junto comigo essa profissão.

À minha mãe, Roseli Allebrand Jaeger, por estar sempre do meu lado, comemorando e me apoiando em cada vitória e derrota. Por ser meu fundamento e meu exemplo de vida. Agradeço por todos ensinamentos e por todos os cuidados antes e depois de cada aula, esse amor foi essencial para chegar até aqui.

Agradeço ao meu pai André Jaeger, por ser minha inspiração e por ter abdicado de tantos sonhos para realizar os meus. Pelo apoio incondicional e por permitir que eu me encontrasse na área do Direito de maneira livre, sem qualquer imposição. Que eu possa seguir os passos dele e advogar sempre com amor e honestidade.

Ao meu irmão, Maio Allebrand Jaeger, por todo apoio e por todas as conversas na direção da Univates, elas foram fundamentais para que eu encontrasse o meu caminho na área do Direito.

Aos meus avós: Hedi Allebrand, Edgar Allebrand (in memorian), Jerusa Jaeger e Sérgio Mello Jaeger, por serem o maior exemplo de amor da minha vida.

Aos meus afilhados: Cecília Allebrand Dall Oglio, Martin Koetz Jaeger e Davi de Oliveira Schmitz, que me proporcionaram imensa alegria no decorrer desse trabalho.

À minha cunhada, Lydia Koetz Jaeger, por todos os conselhos e dicas, em especial, aqueles que envolveram a área da saúde. Todos eles foram fundamentais para a realização dessa etapa.

À minha querida sogra, Dinara Lopes Luis, pelo seu exemplo e por me ajudar a vencer cada obstáculo encontrado nessa jornada.

Agradeço a toda família Allebrand, Jaeger e Schmitz por serem a minha base e o meu porto seguro.

À querida mestre, professora e orientadora Alice Krämer Iorra Schmidt, por todo empenho e dedicação, não somente na realização desse trabalho, mas desde o primeiro dia de aula que tive com ela no início do curso. Pelo amor dedicado em tudo que faz, o que a torna exemplo para mim no campo do Direito e no campo da vida.

Ao Procurador do Estado Ivo Pedro Capellari, que me concedeu a excelente oportunidade de estagiar junto à 9ª Procuradoria Regional de Lajeado, permitindo-me dar o melhor no aprendizado e onde tive o primeiro contato com os processos envolvendo a área da saúde.

Agradeço à minha colega de curso e grande amiga Graziela Ines Mattje, por todo apoio, carinho, paciência e chimarrão compartilhados nas manhãs e tardes de estágio onde relatava meus desafios para desenvolver o presente trabalho.

À Univates por toda estrutura oferecida, em especial, pela biblioteca que foi fonte de pesquisa para a realização dessa monografia.

Por fim, a todos os meus amigos que de alguma forma participaram dessa jornada, transmitindo suas opiniões e apoio na conclusão desse trabalho e ao longo da jornada acadêmica.

## RESUMO

Embora a saúde esteja assegurada na Constituição Federal de 1988 como um direito de todos e um dever do Estado, ela tem sido tema de inúmeras ações judiciais, as quais buscam efetivar e garantir o bem-estar físico e mental dos indivíduos. Assim, esta monografia tem como objetivo analisar os fatores que tem contribuído para o aumento/diminuição das ações de internação compulsória da Comarca de Lajeado/RS, em um período de cinco anos. A metodologia deste estudo estatístico envolveu examinar as decisões do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, referente as ações de internação compulsória, filtradas pela Comarca de origem de Lajeado e pelo lapso temporal de 2014 a 2018. Durante a pesquisa, foram observados os seguintes fatores: a quantidade de decisões de segunda instância referentes as ações de internação compulsória por ano, a condição atribuída ao indicado à internação, o motivo da internação, os sujeitos que solicitavam a internação compulsória no primeiro grau, o parentesco do familiar que solicitava a medida, o tipo de recurso interposto nesse tipo de ação, o sujeito que recorria da decisão de primeiro grau ou que suscitava conflito de competência e a motivação dos recursos interpostos pelo Município, Estado e autor. A pesquisa revelou que as decisões analisadas de segunda instância foram diminuindo com o passar dos anos de 2014 a 2018. Demonstrou também que a internação compulsória prevista na Lei nº 10.216/2001 tem sido utilizada principalmente para o tratamento dos dependentes químicos e, grande parte das decisões não especificaram qual a droga que o indivíduo é dependente. Além disso, se verificou que os acórdãos são bastante técnicos e diretos, não apresentando informações básicas como o motivo da internação compulsória. A conclusão do estudo é que as possíveis causas de diminuição das ações de internação compulsória na Comarca de Lajeado, no período de 2014 a 2018, são a eficácia das medidas públicas realizadas pelo SUS através da Rede de Atenção Psicossocial, através da atuação do CAPS, bem como a previsão legal do artigo 11 do Estatuto da Pessoa com deficiência e o andamento das ações de internação compulsória em primeiro grau na Comarca de Lajeado.

**Palavras-chave:** Saúde. Internação compulsória. Decisões. Comarca de Lajeado.

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

§	Parágrafo
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial;
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CF	Constituição Federal
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
DUDC	Declaração Universal dos Direitos dos Cidadãos
MPF	Ministério Público Federal
MTSM	Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
nº	Número
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PFDH	Procuradoria Federal de Direitos Humanos
PVC	Programa de Volta pra Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RS	Rio Grande do Sul
SP	São Paulo
SRTs	Serviços de Residências Terapêuticas
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TJ/RS	Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E OS DIREITOS CONEXOS .....</b>	<b>11</b>
2.1 O princípio fundamental da dignidade da pessoa humana como guia da ordem jurídica.....	11
2.2 Direito fundamental e social da saúde na Constituição Federal de 1988.....	16
2.3 Direito à vida como requisito dos demais direitos.....	21
2.4 Direito à integridade física e psíquica e suas intervenções .....	25
2.5 Direito de liberdade como expressão da autonomia de vontade.....	27
2.6 Direito à igualdade no contexto do princípio da universalidade.....	30
2.7 O princípio da proporcionalidade no que se refere ao direito à saúde .....	31
<b>3 OS EFEITOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO DIREITO À SAÚDE MENTAL E SEUS REFLEXOS .....</b>	<b>33</b>
3.1 A Reforma Psiquiátrica no direito à Saúde Mental.....	33
3.2 A Saúde Mental no Sistema Único de Saúde .....	42
3.3 Os desdobramentos da Lei nº 10.216/2001 e seus efeitos jurídicos.....	45
3.3.1 Das internações previstas na Lei nº 10.216/2001 .....	50
3.3.1.1 Da internação voluntária.....	52
3.3.1.2 Da internação involuntária .....	53
3.3.1.3 Da internação compulsória .....	54
3.4 Judicialização da Saúde .....	55
<b>4 ANÁLISE DOS JULGADOS DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL REFERENTE ÀS AÇÕES DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA.....</b>	<b>60</b>
4.1 Do procedimento adotado na realização da pesquisa das decisões do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul referente às ações de internação compulsória.....	60
4.2 Da apresentação dos dados colhidos na pesquisa das decisões do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul referente às ações de internação compulsória.....	62

<b>4.3 Análise das decisões do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul referente às ações de internação compulsória na Comarca de origem de Lajeado/RS, no período de 2014 a 2018 .....</b>	<b>69</b>
<b>4.4 Possíveis causas de diminuição das decisões do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul referente às ações de internação compulsória na Comarca de origem de Lajeado/RS, no período de 2014 a 2018.....</b>	<b>73</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>86</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde, assegurado pela Constituição Federal, tem sido tema constante nas ações judiciais que buscam garantir efetivamente esse direito social que não vem sendo fornecido de maneira justa e igualitária a todos os cidadãos. Essas ações tem sido alvo de um movimento jurídico denominado como “judicialização da saúde”, em razão da grande demanda no Poder Judiciário.

Nesse sentido, a presente monografia tratará acerca das ações de internação compulsória, verificando se, no âmbito do direito e da saúde, elas têm colaborado ou não com esse fenômeno da judicialização da saúde. Isso posto, questiona-se: quais são os fatores que têm contribuído para o aumento/diminuição das ações de internação compulsória da Comarca de Lajeado no período de 2014 a 2018 e como as informações acerca da legalidade da internação compulsória têm influenciado na demanda?

Destaca-se que existem três tipos de internações, as quais estão previstas no artigo 6º da Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica): internação voluntária (com consentimento do usuário), internação involuntária (sem consentimento do usuário e a pedido de terceiro) e a internação compulsória (determinada pela Justiça). Cumpre ressaltar que no estudo será apenas analisada a internação compulsória, pois ela interfere diretamente no âmbito jurídico por ser aquela determinada pela Justiça.

O tema escolhido para a monografia é pertinente, uma vez que abordará um procedimento legal utilizado para postular um tratamento que envolve tanto o doente mental como os dependentes químicos que, se não receberem o devido tratamento,

poderão oferecer determinados riscos à família e à sociedade, afetando, de modo geral, todos os cidadãos. Ainda, a palavra compulsória pode ser conhecida no mundo jurídico, entretanto, ainda necessita ser divulgada e explicada a todos para que compreendam a diferença entre uma internação voluntária, involuntária e compulsória e entendam o papel de cada ente social no processo de internação. Também, diante da grande demanda de ações no Poder Judiciário, torna-se relevante para a ciência jurídica identificar os fatores que tem aumentado ou diminuído esse tipo de ação.

Além disso, uma pesquisa sempre releva novas perspectivas e agrega conhecimento, principalmente quando se associa duas áreas como a do Direito e da Saúde em uma monografia. Assim, o tema foi escolhido com o objetivo de provocar o conhecimento, de buscar dados e instigar não somente os estudantes, mas toda a sociedade a buscar informações a respeito do assunto e compreender como funciona o tratamento de um doente mental e de um usuário de drogas pelos Órgãos do Município de Lajeado até chegar ao ponto de ser judicializado.

A pesquisa se dará de forma descritiva e explicativa, uma vez que pretende descrever as características específicas do perfil do internado na Comarca de Lajeado e a sua relação jurídica no processo de internação compulsória através dos dados colhidos nas decisões do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, bem como conhecer a realidade do tratamento da saúde mental, inteirar-se acerca das políticas públicas aplicadas pelo Município de Lajeado e como isso tem influenciado na judicialização da saúde, especificamente, nas internações compulsórias.

Como método de abordagem, será utilizado o hipotético-dedutivo, uma vez que se pretende buscar e analisar os dados acerca das internações compulsórias dos doentes mentais e usuários de drogas da Comarca de Lajeado, no período de 2014 a 2018 e, a partir disso, testar hipóteses/fatores que poderiam influenciar no aumento/diminuição dessas ações.

Já como método de procedimento, será utilizado o estatístico, uma vez que a monografia trabalhará com dados (quantidade de decisões do TJ/RS, referente as internações compulsórias do doente mental e do usuário de drogas na Comarca de

origem de Lajeado) em um determinado período escolhido (5 anos, de 2014 a 2018), permitindo a partir dessas observações quantitativas, identificar fatores que influenciam no aumento ou diminuição desses processos.

Para tanto, a pesquisa utilizará técnicas bibliográficas e documentais, físicas e virtuais, baseadas em referencial teórico que envolve doutrina, artigos de periódicos e materiais de autores da área encontrados em sites especializados, e com o uso de legislação, principalmente da Constituição Federal de 1988, da Lei nº 10.216/2001 e da Lei nº 8.080/1990, além de jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul.

Dessa forma, o primeiro capítulo abordará noções de direito à saúde e suas conexões com o direito à vida, com o princípio da dignidade da pessoa humana, com o direito à liberdade, à igualdade, ao princípio da proporcionalidade e com o direito à integridade física e psíquica.

No segundo capítulo será abordada a saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, na atuação do Sistema Único de Saúde, nos aspectos da Lei nº 10.216/2001, nas modalidades de internação e por fim, será tratado o excesso de ações judiciais no âmbito da saúde.

Por fim, no terceiro capítulo serão demonstrados os procedimentos realizados na pesquisa, os dados colhidos, a análise das decisões do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, referente às ações de internação compulsória na Comarca de origem de Lajeado/RS, no período de 2014 a 2018, bem como serão apresentados os possíveis fatores que contribuíram para o aumento/diminuição das ações que são objeto desse estudo.

## **2 DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E OS DIREITOS CONEXOS**

O direito à saúde é um direito fundamental e social previsto na Constituição, o qual busca proporcionar amparo, proteção social, igualdade, bem como uma vida digna aos indivíduos, sendo essencial ao Estado Democrático de Direito. Assim, neste item, será abordado noções de direito à saúde e suas conexões com o direito à vida, com o princípio da dignidade da pessoa humana, com o direito à liberdade, à igualdade, ao princípio da proporcionalidade e com o direito à integridade física e psíquica.

### **2.1 O princípio fundamental da dignidade da pessoa humana como guia da ordem jurídica**

A dignidade da pessoa humana, na qualidade de princípio, “exige como pressuposto a intangibilidade da vida humana. Sem vida, não há pessoa e, sem pessoa, não há dignidade. A pessoa é o bem e a dignidade é seu valor” (NAMBA, 2015, p. 18). Em outros termos, segundo o autor Alexandre de Moraes, trata-se de:

Um valor espiritual e moral inerente a pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se em um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que apenas excepcionalmente possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos (MORAES, 2006, p. 128-129).

Por ser considerado um valor que identifica o ser humano, o conceito de dignidade da pessoa humana, segundo Ramos (2017), está em constante processo de desenvolvimento e construção.

Já José Joaquim Gomes Canotilho, Gimar Ferreira Mendes, Ingo Wolfgang Sarlet e Lenio Luiz Streck conceituam a dignidade da pessoa humana levando em consideração as suas diversas dimensões. Para os autores:

É a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existências mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos (CANOTILHO et al., 2013, p. 126).

Quanto aos elementos que compõe o princípio da dignidade da pessoa humana, destacam-se dois: um negativo e um positivo. O elemento negativo representa a proibição de praticar algum tratamento ofensivo, difamatório ou discriminatório a um ser humano. Já o elemento positivo pressupõe a existência de condições materiais mínimas de sobrevivência para o indivíduo.

Há outro elemento que, segundo Ramos (2017, p. 78), é considerado o núcleo essencial do princípio da dignidade da pessoa humana, denominado de mínimo existencial, o qual consiste em “um conjunto de prestações materiais mínimas sem as quais se poderá afirmar que o indivíduo se encontra em situação de indignidade”. Ou seja, o mínimo existencial é a expectativa de conceder ao indivíduo uma vida digna, nos parâmetros dos seus direitos fundamentais, dentro dos limites atribuídos aos direitos humanos. Necessário destacar o papel fundamental exercido pelo Poder Judiciário nesse caso, segundo o autor Carlos Henrique de Bezerra Leite:

Frente a tudo isso, o Judiciário exerce um papel fundamental, pois é este poder o responsável pela filtragem daquilo que pode ser concedido ou não, ao indivíduo ou à coletividade, de acordo com os exames de necessidade, adequação e proporcionalidade, segundo o parâmetro do mínimo existencial e da efetiva possibilidade do orçamento público (LEITE, 2011, p. 126).

Em demandas que tratam dos direitos sociais, em especial ao direito a saúde, tem sido comum o apelo a dignidade da pessoa humana e a sua ligação com o mínimo existencial.

Para Nunes (2010), há ainda duas questões relevantes: uma refere que o termo dignidade aponta para duas direções, para aquela que diz respeito a própria pessoa, pelo fato de ser e nascer pessoa humana, a qual todo indivíduo possui, independente da conduta social, uma vez que se trata de garantia constitucional e a outra é dirigida à vida das pessoas, a capacidade e o direito que as pessoas têm de viver uma vida digna, pois, embora a Constituição estipule os direitos sociais que permitem o mínimo de condições para que o indivíduo desfrute de uma vida digna, muitas pessoas vivem abaixo desse mínimo. Quanto a situação da dignidade dos enfermos, Nunes (2010, p. 64) destaca que “sendo dignos como pessoas, nem sempre levam uma vida digna, por estarem física, psíquica ou fisiologicamente lesados ou limitados, como alguém que, por exemplo, esteja em coma”.

Localizado no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988 (CF/88), a dignidade é considerada um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito, ou seja, reconheceu-se que “é o estado que existe em função da pessoa humana e não o contrário, já que o ser humano constitui a finalidade precípua, e não meio da atividade estatal” (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2015, p. 257). Além disso, a dignidade tem sido guia do ordenamento jurídico, sendo considerada um valor jurídico fundamental, conforme destacado pelos autores Canotilho, Mendes, Sarlet e Streck:

Importante considerar, neste contexto, que a dignidade da pessoa humana desempenha o papel de valor guia não apenas dos direitos fundamentais, mas de toda a ordem jurídica (constitucional e infraconstitucional), razão pela qual, para muitos, se justifica a caracterização da dignidade como princípio constitucional de maior hierarquia axiológica (CANOTILHO et al., 2013, p. 125).

No que diz respeito a atividade estatal, cumpre ressaltar que a dignidade, conforme Nunes (2010, p. 65) “só é garantia ilimitada se não ferir a outra”, assim, no caso de o indivíduo agir contra sua própria dignidade ou violar a dignidade de outrem, cabe ao Estado o papel de zelar pela saúde do indivíduo. Além disso, Ramos destaca dois deveres exigidos ao Estado para proteger a dignidade humana:

o dever de respeito e o dever de garantia. Assim, diz o autor André de Carvalho Ramos:

O dever de respeito que consiste na imposição de limites à ação estatal, ou seja, é a dignidade um limite para ação dos poderes públicos. Há também o dever de garantia, que consiste no conjunto de ações de promoção da dignidade humana por meio do fornecimento de condições materiais ideais para seu florescimento (RAMOS, 2017, p.79).

Considerando o papel de valor-guia da dignidade da pessoa humana, não há dúvidas que ela propaga seus efeitos não somente aos direitos fundamentais, mas em todo ordenamento jurídico. Assim, pode-se concluir que os direitos fundamentais são, segundo Sarmiento (2019, p. 305), “concretizações da dignidade humana, o que torna possível o uso do critério da especialidade nos casos que envolvam ofensas a direitos fundamentais específicos e lesões à dignidade humana”.

Desse modo, em relação ao direito à saúde, verifica-se que a dignidade atravessa a esfera desse direito fundamental, tornando-se necessário conhecê-la para compreender a saúde como um direito de todos e dever do Estado previsto no artigo 196 da CF. Assim, Soares (2010) destaca a qualidade de norma embasadora da dignidade da pessoa humana e seu poder de compreender os direitos fundamentais:

Uma vez situado como princípio basilar da Constituição Federal de 1988, o legislador constituinte brasileiro conferiu à ideia de dignidade da pessoa humana a qualidade de norma embasadora de todo o sistema constitucional, que orienta a compreensão da totalidade do catálogo de direitos fundamentais, tais como os direitos individuais à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (art.5º); os direitos sociais: a educação, a saúde, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (art. 6º); os direitos sociais dos trabalhadores urbanos e rurais [...] (SOARES, 2010, p. 135-136).

Outrossim, a dignidade obtida como um valor imaterial do ser humano é garantida pela Carta Magna de 1988 em virtude dos direitos sociais previstos no seu artigo 6º, ou seja, a dignidade é implementada no meio social através dos direitos sociais e também pelos direitos fundamentais como o direito à vida, à liberdade, à intimidade, entre outros. Nesse sentido, o autor Celso Antonio Pacheco Fiorillo conclui:

Assim, para que a pessoa humana possa ter dignidade (CF, art. 1º, III) necessita que lhe sejam assegurados os direitos sociais previstos no artigo 6º da Carta Magna (educação, saúde, trabalho, lazer, segurança,

previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados) como “piso mínimo normativo” ou seja, como direitos básicos (FIORILLO, 2000, p. 14).

A dignidade da pessoa humana também trata-se de objeto de outras partes do texto constitucional vigente, é o caso dos artigos 170, *caput*, artigo 226, §7º, artigo 227, *caput* e artigo 230, os quais estabelecem, respectivamente, o objetivo de assegurar uma existência digna a todos pela ordem econômica; o fundamento do planejamento familiar nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável; o dever da família, da sociedade e do Estado de assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à dignidade, bem como o dever de amparar as pessoas idosas, defendendo sua dignidade.

Necessário afirmar que o princípio da dignidade humana tem pretensão universal, ou seja, não é garantido apenas a uma parcela da população, pelo contrário, todos devem ter a sua dignidade garantida juridicamente.

No contexto internacional, como resposta aos atos praticados contra a pessoa humana durante a 2ª Guerra Mundial, foi publicado em 1948, pela Terceira Assembleia Geral-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), a qual recepcionou o princípio da dignidade da pessoa humana tanto no preâmbulo, considerando o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana, como no artigo 1º que estabeleceu que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.

Um dos problemas encontrados nos tribunais brasileiros destacado por Sarmiento (2019), é o uso constante da dignidade humana sem qualquer fundamentação, ou seja, sem explicar o motivo que leva aquela situação concreta a se enquadrar no princípio da dignidade da pessoa humana. Assim:

Uma das patologias do uso da dignidade da pessoa humana nos tribunais brasileiros é a falta de fundamentação na sua aplicação. Invoca-se a dignidade sem nenhuma explicitação das razões que justificariam a incidência do princípio, nem tampouco dos motivos que levariam tal aplicação a produzir o resultado alcançado pelo intérprete. Nesse cenário, a dignidade humana torna-se uma espécie de coringa hermenêutico, que serve para tudo e empresta – ou tenta emprestar – uma entonação humanista às preferências do julgador (SARMENTO, 2019, p. 308).

Canotillho, Mendes, Sarlet e Streck também destacam pontos problemáticos na invocação do princípio da dignidade da pessoa humana, principalmente na utilização do princípio de modo distanciado da realidade concreta. Dizem eles:

A aplicação do princípio da dignidade da pessoa humana, assim como muitas vezes dos próprios direitos fundamentais e de outros princípios, não raras vezes ocorre de modo flagrantemente distanciada da realidade concreta, sem qualquer fundamentação racional justificando a sua aplicação, gerando um déficit de segurança. Da mesma forma, censurável o uso meramente retórico e até mesmo panfletário do princípio, que, com isso, acaba tendo comprometida a sua força simbólica e eficácia normativa. (CANOTILHO et al., 2013, p. 128).

Apesar desses pontos negativos na invocação da dignidade da pessoa humana, o valor desse princípio não deve ser esquecido e deixado em segundo plano, pois, nas ações que envolvem questões do ponto de vista da ética, bioética e biodireito, a dignidade da pessoa humana permite muito mais que soluções temporárias.

Dessa forma, evidencia-se que o princípio da dignidade da pessoa humana está intimamente ligado aos direitos e garantias fundamentais, pois fica inviável imaginar que uma pessoa teria garantido a sua dignidade se não fosse assegurado a ela o direito à saúde. Segundo Canotillho et al. (2013, p.127): “em cada direito fundamental se faz presente um conteúdo ou, pelo menos, alguma projeção da dignidade humana”. Assim, o princípio da dignidade da pessoa humana decorre dos direitos e garantias fundamentais regidos pela Constituição Federal de 1988, sendo essencial observá-los para que o indivíduo tenha seus direitos constitucionais assegurados.

## **2.2 Direito fundamental e social da saúde na Constituição Federal de 1988**

A saúde, do ponto de vista político, jurídico e social, recebeu vários significados ao longo da história brasileira, sendo vista, primeiramente, como um favor; em seguida, como um serviço em decorrência do direito trabalhista ou ainda como um serviço privado, até se firmar como um direito na Constituição de 1988. Segundo a definição exposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no preâmbulo da Constituição da Assembleia Mundial da Saúde, a saúde foi

conceituada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades. Segundo o jurista Ingo Wolfgang Sarlet (2013), a concepção de saúde adotada pela Constituição Federal de 1988 mostra-se afinada com esse conceito proposto pela OMS, uma vez que destaca a necessidade de garantir um equilíbrio entre a pessoa e o meio que a envolve.

Embora não esteja expresso o conceito de saúde na Constituição vigente, hoje a definição de saúde difundida encontra-se amparo no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, o qual estabelece 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. Nesse sentido, a autora Flávia Piovesan afirma:

A Organização Mundial da Saúde define saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Em tal conceituação, as relações entre saúde e cidadania ficam destacadas estendendo-se o campo da saúde para outras esferas, além da exclusivamente biológica, e indicando um alargamento da noção do processo saúde-doença, levando em consideração os determinantes sociais do adoecimento. O texto constitucional não traz a definição de saúde, mas sua análise sistemática revela a adequação da adoção da definição acima. Ademais, o Brasil é membro da Organização Mundial da Saúde, aderindo, pois, no âmbito internacional, à definição dada por essa instituição (PIOVESAN, 2016, p. 473).

No texto constitucional de 1988, o direito à saúde está especificado, primeiramente, no artigo 6º, como um dos direitos sociais, que é compreendido por Ramos (2017, p. 75) como “um conjunto de faculdades e posições jurídicas pelas quais um indivíduo pode exigir prestações do Estado ou da sociedade ou até mesmo a abstenção de agir, tudo para assegurar as condições materiais mínimas de sobrevivência”. Nesse sentido, a saúde, como um direito social, procura garantir os direitos mínimos dos indivíduos, proporcionando amparo, proteção social, igualdade e dignidade.

Considerado também como um direito fundamental, a saúde apareceu no texto constitucional, de forma gradual, conforme a evolução histórica-social. No decorrer dessa evolução, os direitos fundamentais foram classificados em gerações

de direitos, as quais a doutrina atual prefere classificar em “dimensões” dos direitos fundamentais. Assim menciona o autor Pedro Lenza:

Dentre vários critérios, costuma-se classificar os direitos fundamentais em gerações de direitos, ou, como prefere a doutrina mais atual, “dimensões” dos direitos fundamentais, por entender que uma nova “dimensão” não abandonaria as conquistas da “dimensão” anterior, e assim, esta expressão se mostraria mais adequada no sentido de proibição de evolução reacionária (LENZA, 2015, p.1142).

Nessa evolução dos direitos fundamentais, a saúde foi incluída na segunda geração, a qual surgiu a partir da “necessidade de intervenção do Estado para coibir determinados abusos pelo Estado liberal [...]” (SALEME, 2011, p. 101). Nesse sentido, a autora Nathalia Masson destaca que os direitos fundamentais da segunda geração exigem do Estado uma atuação positiva:

Já os direitos de segunda geração – normalmente traduzidos enquanto direitos econômicos, sociais e culturais – acentuam o princípio da igualdade entre os homens (igualdade material). São, usualmente, denominados “direitos do bem-estar”, uma vez que pretendem ofertar os meios materiais imprescindíveis para a efetivação dos direitos individuais. Para tanto, exigem do Estado uma atuação positiva, um fazer (daí a identificação desses direitos enquanto liberdade positivas), o que significa que sua realização depende da implementação de políticas públicas estatais, do cumprimento de certas prestações sociais por parte do Estado, tais como: saúde, educação, trabalho, habitação, previdência e assistência social (MASSON, 2016, p.197).

Desmembrado no decorrer da vigente Carta Magna, no título VIII, denominado “DA ORDEM SOCIAL”, a saúde, como os demais direitos que compõe esse título, almeja o bem-estar e a justiça social. Além disso, o direito a saúde também é assegurado pela seguridade social, a qual compreende, segundo Masson (2016, p. 1341) “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Especificadamente, no que diz respeito à saúde, essa é desdobrada na Seção II da Constituição, nos artigos 196, 197, 198, 199 e 200, os quais destacam, entre outros aspectos, a constatação da saúde como direito de todos e dever do Estado, o acesso universal e igualitário da saúde, a assistência à saúde de iniciativa privada, a responsabilidade solidária e a criação do sistema único de saúde.

Do texto literal do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, destaca-se a titularidade universal do direito à saúde, ou seja, é um direito que deve estar

acessível a todos, não podendo ser restrito. Além disso, o mencionado artigo constata que a saúde não é somente um direito, mas impõe deveres fundamentais, em especial, ao Poder Público que assume o papel de efetivar esse direito. Necessário destacar que os particulares também possuem deveres, sejam gerais, sejam específicos, demonstrando uma responsabilidade compartilhada com o Estado. Conforme os autores Canotillho, Mendes, Sarlet e Streck:

Além disso, importa sublinhar que também os particulares (pessoas físicas e jurídicas) possuem, para além de um dever geral de respeito, até mesmo deveres específicos em relação à saúde de terceiros e mesmo em relação à sua própria saúde, quando for o caso. Basta lembrar que a ofensa à integridade física e corporal de outrem é normalmente causa de conduta punível na esfera penal, assim como de estipulação de indenização no âmbito cível. Nesse sentido, a ideia de dever fundamental evidencia o vínculo com o princípio da solidariedade, no sentido de que toda a sociedade torna-se responsável pela efetivação e proteção do direito à saúde de todos e de cada um, no âmbito de uma responsabilidade compartilhada, de que trata Gomes Canotillho, cujos efeitos se projetam no presente e sobre as futuras gerações, como já reconhecido na seara do direito ambiental (CANOTILHO et al., 2013, p. 1932).

Em relação a responsabilidade do indivíduo com a sua saúde, em determinadas situações, torna-se necessário a intervenção estatal para proteger a pessoa contra si própria, uma vez que ela não detém condições de zelar pela sua vida, integridade física e dignidade pessoal. É o que ocorre nos casos de internação compulsória, que, conforme Sarlet (2013, p. 1932), “guarda relação com os conflitos entre os direitos e deveres relativos à saúde com outros bens fundamentais”.

Merece destaque o caráter preventivo, promocional e curativo do direito fundamental da saúde previsto no artigo 196 da CF. Ou seja, o referido texto constitucional prevê que as pessoas tenham acesso aos meios que possibilitam uma possível cura às doenças que são acometidas ou ao que for preciso para ter qualidade de vida (caráter curativo), ressalta a concretização de medidas que busquem evitar o surgimento de doenças que causem algum dano à saúde (caráter preventivo) e aborda a realização de medidas que melhorem as condições de vida e de saúde das pessoas (caráter promocional).

Já o artigo 197 da CF prenuncia a indisponibilidade dos interesses tutelados da saúde, visto que determina que as ações e serviços de saúde são de relevância pública e competem ao Poder Público determinar o controle, a regulamentação e a fiscalização dessas prestações.

Ao tratar dos serviços públicos de saúde, “o artigo 198 da Constituição Federal estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”. (MORAES, 2012, p. 861). Segundo Ramos (2017), esse Sistema Único de Saúde (SUS) consiste em uma política pública, pela qual o Estado promove o direito à saúde de forma universal e igualitária em todo o território nacional. Esclarece ainda que a utilização do termo “único” busca impor uma política nacional de saúde, superando as divergências entre os entes federados e que será financiado com os recursos do orçamento da seguridade social, além de outras fontes.

Além disso, destaca-se que o SUS foi regulamentado pela Lei nº 8.080/90, a qual prevê em seu artigo 6ª, os campos de atuação desse sistema, abrangendo as execuções de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, da saúde do trabalhador, de assistência terapêutica integral e farmacêutica; a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; a vigilância nutricional e a orientação alimentar; a colaboração na proteção do meio ambiente, entre outros campos dispostos nos incisos I a XI do mencionado artigo. Nesse sentido, o artigo 200 da CF/88 estabelece também as competências e atribuições do SUS.

Menciona-se também o artigo 7º da Lei nº 8.080/90, o qual estabelece que as ações e serviços públicos de saúde são desenvolvidos conforme a orientação do artigo 198 da CF e menciona alguns princípios primordiais que necessitar ser obedecidos, conforme destaca o autor:

Em resumo, a prestação do serviço de saúde no Brasil deve obedecer, então, aos seguintes princípios cardeais: (i) alcance universal, não podendo ninguém ser excluído; (ii) igualitária, não sendo permitida a discriminação de qualquer tipo, o que impede a diferenciação entre aqueles que podem pagar e os que não podem; (iii) integral, não podendo ter limite de atendimento que prejudique a saúde; (iv) equitativa, com investimentos em todos os campos necessários; (v) aberta à participação da comunidade; (vi) descentralizada para os Municípios; (vii) gratuita e em geral estatal; e (viii) colaborar com a preservação do meio ambiente e dos direitos dos trabalhadores (RAMOS, 2017, p.768).

Cumprido ressaltar que as Políticas Públicas são definidas como “ações conjugadas desenvolvidas pelo Estado, nas suas três esferas do poder público, federal, estadual e municipal, com o objetivo de atender as demandas de determinados setores da sociedade” (PAULA; VALE, 2012, p. 14). São essas

políticas públicas que possuem a finalidade de efetivar o direito fundamental social da saúde.

Considerando a possibilidade de outros meios contribuírem para a efetividade do direito à saúde, o artigo 199 da CF permitiu a participação da iniciativa privada na prestação de assistência à saúde, podendo atuar de duas formas: participação complementar, por meio de contrato de direito público ou convênio e a chamada “saúde complementar” onde a assistência é prestada por operadoras de planos de saúde através de um contrato firmado, nos termos da Lei nº 9.656/98 e de acordo com a Agência Nacional de Saúde Complementar.

Portanto, a saúde, como um direito fundamental e social, é um dever do Estado que procura dar efetividade nas ações e prestações de saúde através de políticas públicas, através do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual permite que a Lei nº 8.080/90 regulamente o artigo 196 da CF, ou seja, que a saúde seja acessível e igualitária à toda sociedade. Além disso, considerando que à saúde não busca somente o bem-estar físico do indivíduo, mas o bem-estar mental e social, por isso o caráter curativo, preventivo e promocional, torna-se necessário analisar outros direitos e princípios previstos na Constituição Federal de 1988 que se entrelaçam e mantêm conexões com o direito à saúde.

### **2.3 Direito à vida como requisito dos demais direitos**

A Constituição Federal de 1988 garante, no *caput* do artigo 5º, que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. Para Mendes e Branco (2011, p. 288), o direito à vida resguardado na Carta Magna vigente, é “um valor supremo na ordem constitucional, que orienta, informa e dá sentido último a todos os demais direitos fundamentais”.

Trata-se de direito fundamental, do qual, sem ele, não há possibilidade de usufruir de outros direitos. Segundo Moraes (2012, p. 34), “o direito à vida é o mais fundamental de todos os direitos, já que se constitui um pré-requisito à existência e

exercício de todos os demais direitos”. Nesse mesmo contexto, os autores Gilmar Ferreira Mendes e Paulo Gustavo Gonet Branco referem:

A existência humana é o pressuposto elementar de todos os demais direitos e liberdades dispostos na Constituição. Esses direitos têm nos marcos da vida de cada indivíduo os limites máximos de sua extensão concreta. O direito à vida é a premissa dos direitos proclamados pelo constituinte; não faria sentido declarar qualquer outro se, antes não fosse assegurado o próprio direito de estar vivo para usufruí-lo (MENDES; BRANCO, 2011, p. 287).

O direito à vida encontra-se na Constituição Federal de 1988, no título II (dos direitos e garantias fundamentais), capítulo I (dos direitos e deveres individuais e coletivos) e envolve diferentes aspectos que vão desde o direito de nascer, de continuar vivo até o ato de interromper o nascimento do feto, optar pela morte, os quais propiciam diversas discussões, por exemplo, com relação ao aborto, a eutanásia, as pesquisas científicas, tornando necessário compreender a proteção da vida na sua totalidade. Nesse aspecto, Ramos divide em duas dimensões: vertical e horizontal. A dimensão vertical abarca a proteção da vida em todas as fases do desenvolvimento humano. Já a dimensão horizontal abraça a qualidade de vida usufruída, assegura o direito do indivíduo de ter uma vida digna, gerando efeitos no direito à saúde, educação e nas prestações de seguridade social. Moraes se refere à essas dimensões como dupla acepção, “sendo a primeira relacionada ao direito de continuar vivo e a segunda de se ter vida digna quanto à subsistência” (MORAES, 2012, p. 34).

Ao referir o termo “vida digna”, torna-se necessário retomar a concepção do mínimo existencial exposto no item anterior (2.1) como um elemento essencial do princípio da dignidade da pessoa humana. Isto é, é preciso assegurar um nível mínimo de vida aos indivíduos para que ele tenha a sua dignidade respeitada. Nesse aspecto, Canotilho, Mendes, Sarlet e Streck afirmam:

É preciso assegurar um nível mínimo de vida, compatível com a dignidade humana (parece haver, atualmente, um consenso em torno da vinculação entre estes dois “valores”, que são expressos na Constituição de 1988, falando-se comumente em vida digna). Isso inclui o direito à alimentação adequada, à moradia (art. 5º, XXIII), ao vestuário, à saúde (art. 196), à educação (art. 205), à cultura (art. 215) e ao lazer (art. 217). Também se deve incluir, aqui, a garantia do direito à vida das pessoas idosas, expresso no artigo 230 da Constituição. (CANOTILHO et al., 2013, p. 213).

A proteção constitucional acerca da vida digna deduz, tanto os direitos fundamentais que garantem os direitos básicos de sobrevivência do indivíduo, como os direitos vinculados ao bem-estar psíquico e social. Assim sendo, segundo Lopes, Lima e Santoro (2012, p.35), “a proteção constitucional da vida humana não se restringe à vida biológica, pois abrange a proteção à vida digna no seu sentido mais amplo”.

Dessa forma, é possível afirmar que o direito à saúde é efetivado através da atuação do Estado, que, segundo Ramos (2017), possui a obrigação de respeito, de garantia e a obrigação de tutela. Quanto a obrigação de respeito, compete ao Estado o dever de não prejudicar, arbitrariamente, a vida de outro indivíduo. Em relação a obrigação de garantia, cabe aos agentes estatais prevenir a violação da vida por terceiros e, caso necessário, garantir e aplicar certa punição aqueles que violaram. Já em relação à obrigação de tutela, cumpre ao Estado o dever de garantir as condições materiais mínimas de sobrevivência que asseguram, ao indivíduo, uma vida digna.

Sobre a atuação do Estado, Canotilho, Mendes, Sarlet e Streck (2013) destacam a necessidade de amparar as pessoas que não possuem recursos para se sustentar:

O direito à vida se cumpre, assim, por meio de um aparato estatal que ofereça amparo à pessoa que não disponha de recursos aptos a seu sustento, propiciando-lhe uma vida saudável. É o caso, por exemplo, da rede pública de hospitais, o Sistema Único de Saúde, de creches, de prestações como o seguro desemprego, o bolsa família, e outros institutos brasileiros (CANOTILHO et al., 2013, p. 214).

A inviolabilidade da vida prevista no caput do artigo 5º da CF também é reforçada no campo dos direitos da criança e do adolescente, no artigo 227, caput, quando constitui que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem o direito à vida. A carta magna ainda estipula absoluta prioridade no cumprimento desse dever, não permitindo que o Estado escolha priorizar o que lhe é mais conveniente.

Além disso, cumpre mencionar os tratados internacionais em que o Brasil faz parte, os quais destacam a importância do direito fundamental à vida. São eles: Convenção Americana de Direitos Humanos – o Pacto de San José (de 1969), o

Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos das Nações Unidas (de 1968) e a Convenção sobre os direitos das Crianças (de 1989). Conforme os autores Gilmar Ferreira Mendes e Paulo Gustavo Gonet Branco:

A centralidade para qualquer ordem jurídica do direito à vida é também ressaltada em tratados internacionais de que o Brasil é parte. A Convenção Americana de Direitos Humanos – Pacto de San José - de 1969, declara, no seu artigo 4<sup>a</sup>, que esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção e que ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente. Da mesma forma, o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos das Nações Unidas, de 1968, explicita que o direito à vida é inerente à pessoa humana e que este direito deve ser protegido pela lei, além de dispor que ninguém poderá ser arbitrariamente privado de sua vida. Nessa diretriz, a Convenção sobre os direitos das Crianças, de 1989, entende por criança todo ser humano menor de 18 anos de idade, assevera que os Estados-partes reconhecem que toda criança tem o direito inerente à vida e estabelece que os Estados-partes assegurarão ao máximo a sobrevivência e o desenvolvimento da criança (MENDES; BRANCO, 2011, p. 288).

O direito fundamental à vida está conectado a outros direitos fundamentais, torando-se, assim, um requisito dos demais direitos. No que diz respeito ao direito à vida e ao direito à integridade física e psíquica, por exemplo, a violação ao direito à vida sempre vai respaldar consequências na integridade física e corporal.

No direito à saúde não é diferente. Quando está diante da ausência de previsão de um direito à saúde, o direito à vida é acionado para buscar o reconhecimento dessa obrigação. Também merece destaque o vínculo com o princípio da dignidade da pessoa humana:

A relação mais forte, como já foi possível verificar, é a que se estabelece entre o direito à vida e a dignidade da pessoa humana, precisamente em função do valor da vida para a pessoa e para a ordem jurídica, ademais do fato de que a vida é o substrato fisiológico (existencial no sentido biológico) da própria dignidade, mas também de acordo com a premissa de que toda vida humana é digna de ser vivida (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2015, p. 400).

Dessa forma não há como afastar o direito à vida dos demais direitos, uma vez que, no que corresponde ao direito à saúde, uma vida digna é fator determinante à efetividade do direito à saúde. Assim, tendo em vista que o ser humano é o destinatário de todos esses direitos e garantias fundamentais, nada melhor do que mantê-los conectados para garantir o completo bem-estar físico e psíquico desse indivíduo.

## 2.4 Direito à integridade física e psíquica e suas intervenções

Apesar da Constituição Federal de 1988 não ter reconhecido, expressamente, o direito à integridade física e psíquica com um direito autônomo, esse possui grande relevância, assumindo, inclusive, a condição de direito fundamental, pois se trata de elemento essencial à dignidade da pessoa humana. Embora não tenha sido objeto de reconhecimento pelo constituinte, o direito à integridade impõe a necessidade de se recorrer aos tratados internacionais de direitos humanos ratificados pelo Brasil.

No contexto internacional, a Declaração de Direitos Humanos da ONU (1948), apesar de não contemplar de maneira expressa um direito à integridade física e psíquica, “estabelece que ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante” (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2015, p. 418). Nesse mesmo rumo, mas de uma maneira mais à frente retrata o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (1966), ao proibir não somente a tortura, penas e tratamentos cruéis, mas proibiu que as pessoas sejam submetidas, sem a sua aprovação, a experiências médicas ou científicas. Ainda, destaca-se a Carta de Direitos Fundamentais da Europa (2000), que assegurou o direito à integridade do ser humano no art.3º:

Mais minuciosa, porquanto mais recente e já afinada com uma série de desafios postos pelo avanço tecnológico e pelo assim chamado biodireito, é a Carta de Direitos Fundamentais da Europa, do ano 2000, cujo art. 3º assegura o direito à integridade do ser humano, nos seguintes termos: 1. Todas as pessoas têm direito ao respeito pela sua integridade física e mental. 2. No domínio da medicina e da biologia, devem ser respeitados, designadamente: (a) o consentimento livre e esclarecido da pessoa, nos termos da lei; (b) a proibição das práticas eugênicas, nomeadamente das que têm por finalidade a seleção de pessoas; (c) a proibição de transformar o corpo humano ou as duas partes, enquanto tais, numa fonte de lucro; (d) a proibição da clonagem reprodutiva dos seres humanos (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2015, p. 418-419).

Cumprido ressaltar que, na dimensão subjetiva, é possível perceber uma diferença entre o direito à vida e o direito à integridade física, conforme os autores Sarlet, Marinoni e Mitidiero:

As pessoas são titulares do direito à vida independentemente da sua própria vontade, ao passo que o direito à integridade física protege a inviolabilidade da pessoa contra toda e qualquer intervenção que careça do consentimento do titular (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2015, p. 419).

O direito à integridade física e psíquica envolve tanto a proteção da integridade externa pessoal (esfera corporal no sentido biológico) como a integridade pessoal interna (esfera psíquica), envolvendo, assim, o direito à saúde por abarcar o mesmo objeto e, por constituir elemento constituinte da saúde que zela por um completo bem-estar físico e mental. Entretanto, apesar da conexão, não se pode confundir os dois direitos, pois não é toda intervenção na integridade física que vai gerar ou causar um dano à saúde.

Considera-se intervenção qualquer violação do direito à integridade do corpo físico e mental, envolvendo todas as formas de afetação do bem jurídico protegido, ou seja, segundo Sarlet, Marinoni, Mitidiero (2015, p. 422), “é toda ação estatal e de terceiros que afete de algum modo a integridade física e psíquica que resulte em dano efetivo ou risco à saúde física ou psíquica”. Menciona-se que também há intervenções estabelecidas pelo legislador que nem sempre contam com a anuência de quem é afetado, é o caso, por exemplo, da extração de tecido corporal para fins de provas em processo judicial.

Verifica-se, portanto, diante dessas possibilidades de intervenções, que o direito à integridade física e psíquica não é um direito absoluto, embora seja um direito personalíssimo e esteja conectado com o princípio da dignidade da pessoa humana.

Por isso, torna-se essencial que haja um controle dessas intervenções. Entretanto, há situações especiais em que se encontram certas pessoas que necessitam da intervenção estatal, muitas vezes, para proteger outros direitos fundamentais, como, por exemplo, o direito à vida. Nesse aspecto destacam os autores Sarlet, Marinoni e Mitidiero:

Por outro lado, há que diferenciar as situações especiais nas quais se “podem encontrar determinadas pessoas, em que, por força dos deveres de proteção estatal e mesmo dos deveres de guarda e cuidado por parte de particulares, impõe-se maior nível de intervenção protetiva, mesmo eventualmente sem o consentimento do titular do direito, o que se verifica nos casos de menores de idade, pessoas com deficiência, internos em estabelecimento prisional e toda e qualquer circunstância que reduza a capacidade de uma defesa pessoal e de consentir de modo livre, de modo a legitimar a intervenção (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2015, p. 424).

O direito à integridade física e psíquica também revela duas condições, uma de direito subjetivo e a outra de direito objetivo. Quanto a condição de direito

subjetivo, o direito à integridade, segundo Sarlet, Marinoni e Mitidiero (2015, p. 420), “opera, em primeira linha, como direito de defesa, no sentido de um direito a não ser agredido ou ofendido em termos de integridade física e psíquica”. Assim, assume a posição de um direito à não intervenção por parte do Estado e de terceiros. Quanto a condição objetiva do direito à integridade, essa, considerando a conexão com o direito de saúde em geral, prevê um direito de prestações normativas por parte do Estado que vão buscar garantir os direitos fundamentais.

## **2.5 Direito de liberdade como expressão da autonomia de vontade**

A liberdade, juntamente com o direito à vida, à igualdade, à propriedade e à segurança, integra a matéria dos direitos fundamentais previstos no artigo 5º, *caput*, garantindo aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a sua inviolabilidade. Assim, o direito à liberdade, segundo Chimenti, Capez, Rosa e Santos (2009, p. 82), é o “direito à escolha, à opção, ao livre-arbítrio, ao poder de coordenação consciente dos meios necessários à realização pessoal”. Menciona-se que o direito à liberdade está positivado tanto na forma geral como nas suas formas específicas, conforme destacam os autores Canotilho, Mendes, Sarlet e Streck:

O art. 5º, em seu *caput*, protege o denominado direito geral de liberdade, ao passo que diversos de seus incisos cuidam das liberdades em espécie, tais como a liberdade de manifestação do pensamento, as liberdades de informação e de imprensa, a liberdade de exercício profissional, as liberdades religiosa, artística e cultural, a liberdade de associação etc (CANOTILHO et al., 2013, p. 218).

Nota-se que o constituinte apresentou um vasto rol de liberdades específicas nos incisos do artigo 5º da Constituição vigente, dentre eles está a liberdade de expressão, liberdade de consciência e crença, liberdade de locomoção, liberdade de profissão, liberdade de associação e liberdade de reunião. Nesse sentido, os autores Sarlet, Marinoni e Mitidiero afirmam:

Em síntese, o que importa para a apresentação do sistema das liberdades fundamentais da Constituição Federal é que o direito geral de liberdade não esvazia, pelo contrário, reforça o conjunto dos direitos de liberdade em espécie, que representam direitos fundamentais autônomos com seu respectivo âmbito de proteção (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2015, p. 482).

Em tratando especificadamente do direito à saúde e de seus direitos conexos, destaca-se uma das formas especiais de liberdade que é a liberdade de agir, a qual é garantida no inciso II do artigo 5º da Constituição Federal que determina que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer algo senão em virtude de lei. Assim, o direito de liberdade deve ser analisado conjuntamente com o princípio da legalidade assegurado na Constituição. Assim dizem os autores Sarlet, Marinoni e Mitidiero:

A legalidade também representa a existência e a permanência da ordem jurídica do Estado, edificada por um corpo coeso de normas, organismos e procedimentos que funcionam como garantias fundamentais da liberdade dos cidadãos. No Estado de Direito, a liberdade somente é assegurada mediante uma série de garantias constitucionais calcadas na organização política e administrativa dos poderes, de acordo com as leis e a Constituição. A ordem jurídico-constitucional, dessa forma, torna-se condição necessária da possibilidade de pleno exercício de liberdade (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2015, p. 481).

Vista também como expressão da autonomia da vontade, a liberdade de agir permite ao indivíduo negar qualquer ação que lhe seja exigida se esta for contrária ao que determina a Lei. Para Canotilho, Mendes, Sarlet e Streck (2013, p. 222), a “lei é o instrumento por excelência do qual dispõe o Estado de Direito para garantir e ao mesmo tempo regular a liberdade”. Além disso, o conteúdo da lei necessita estar de acordo com o texto constitucional, segundo a autora Nathalia Masson:

Há que se dizer, porém, que a liberdade aqui em estudo exige mais do que unicamente o respeito formal ao processo legislativo na instituição dos comandos normativos: o conteúdo da lei há de ser compatível com os valores expressados pelo texto constitucional e, especialmente, não deve afrontar os direitos fundamentais. Leis que sejam produto de um abusivo poder de legislar não serão legítimas, de forma que o indivíduo terá, diante delas, o mesmo direito de resistência que possui diante de ordens que não tenham sido fundamentadas em atos normativos válidos (MASSON, 2016, p. 256).

Ao considerar a liberdade como expressão da autonomia de vontade, necessário destacar que a autonomia ou também considerada como o respeito às pessoas por suas opiniões e escolhas, é um princípio da bioética que busca guiar as ciências no âmbito do conhecimento do comportamento do ser humano, reconhecendo, segundo Diniz (2014, p.38), “o domínio do paciente sobre a própria vida (corpo e mente) e o respeito à sua intimidade, restringindo, com isso, a intromissão alheia no mundo daquele que está sendo submetido a um tratamento”.

Ressalta-se que o direito à liberdade, positivado em todas as Constituições brasileiras, não tem sido alvo de impugnação e, para Sarlet, Marinoni e Mitidiero (2015, p. 477), “pode ser vista como uma vantagem institucional que tem o condão de reforçar a proteção das liberdades ao oferecer um apoio normativo sólido em nível constitucional”.

Além disso, a liberdade, de modo geral, pode ser interpretada em conjunto com o §2º do artigo 5º da Constituição Federal de 1988, o qual estabelece que os direitos e garantias expressos na Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte. Sendo assim, pode-se afirmar que o direito geral de liberdade pode abranger outras liberdades previstas no plano internacional, bem como as liberdades implícitas. Dessa forma, “o direito geral de liberdade funciona como um princípio geral de interpretação e integração das liberdades em espécies e de identificação de liberdades implícitas na ordem constitucional” (CANOTILHO et al., 2013, p. 219).

Destaca-se que o direito fundamental de liberdade decorre da ideia embasada no artigo 4º da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, a qual estabelece que a liberdade consiste em poder fazer tudo o que não prejudica o outro. Essa norma advém da ideia liberal originária de que todo ser humano possui uma área ou esfera de liberdade pessoal que não pode ser atingida e que pode se desenvolver sem interferência, segundo os pensamentos de John Locke, Stuart Mill, Benjamin Constant e Alexis de Tocqueville.

Dessa forma, impossível desmerecer o direito de liberdade diante da importância constitucional que ele tem seja como um direito, um princípio e um valor para o Estado Democrático de Direito, com o qual, segundo Sarlet, Marinoni e Mitidiero (2015, p. 479), “guardam conexão direta com o direito geral de liberdade, os direitos especiais de liberdade e os demais direitos fundamentais”. Assim, o direito de liberdade não visa somente garantir a autonomia do indivíduo, ele busca se relacionar com os demais direitos fundamentais para alcançar o seu fim.

## 2.6 Direito à igualdade no contexto do princípio da universalidade

O direito à igualdade “consiste em um atributo de comparação do tratamento dado a todos os seres humanos, visando assegurar uma vida digna a todos, sem privilégios odiosos” (RAMOS, 2014, p. 473). Assim, no que diz respeito à saúde, o direito à igualdade está baseado no princípio da universalidade, previsto na Lei do SUS: 8.080/90. Nesse aspecto, diz o autor André de Carvalho Ramos:

Atualmente, o fundamento do direito à igualdade é a universalidade dos direitos humanos. A universalidade determina que todos os seres humanos são titulares desses direitos; conseqüentemente, todos os seres humanos são iguais e devem usufruir das condições que possibilitem a fruição desses direitos. Nessa linha, a igualdade consta no artigo I da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que dispõe que “todas pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direito” (RAMOS, 2014, p. 474).

Na Constituição Federal de 1988, a igualdade é considerada um direito fundamental previsto no seu artigo 5º, caput, que dispõe que todos são iguais perante a lei. Além disso, é considerada um valor ou princípio maior que precisa ser garantido pelo Estado. Assim menciona o autor:

Na Constituição Federal de 1988, a igualdade tem, inicialmente, a forma de valor ou princípio maior assumido pelo Estado brasileiro desde o seu Preâmbulo, o qual prega que a igualdade é um dos valores supremos da sociedade fraterna que se pretende a sociedade brasileira. Em seguida o artigo 3º estabelece os diversos objetivos do Estado brasileiro voltados à erradicação dos fatores de desigualdades materiais como a pobreza, marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais (RAMOS, 2014, fl. 475).

Menciona-se também que o direito à igualdade está previsto no artigo 196 da Constituição Federal, quando estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Nesse aspecto, os autores referem que essa garantia está incorporada no contexto de países como o Brasil, marcado pela desigualdade social. Além disso, acrescentam que o acesso universal e igualitário às ações de saúde deve estar entrelaçado com outros princípios. Assim, segundo Ingo Wolfgang Sarlet e Mariana Filchtiner Figueiredo:

Na verdade, parece razoável afirmar que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde deve ser conectado com uma perspectiva substancial do princípio da isonomia que impõe o tratamento desigual entre os desiguais e não significa direito a idênticas prestações para todas as pessoas irrestritamente, assimilada à noção mais corrente de equidade no

acesso e na distribuição dos recursos de saúde, assim como ao princípio da proporcionalidade de modo a permitir a ponderação concreta dos interesses em jogo (SARLET; MARIANA, 2008, p. 23).

Destaca-se ainda que há duas dimensões de igualdade, uma que prevê a proibição da descriminalização indevida e a outra trata do dever de impor uma determinada descriminalização para obter uma igualdade efetiva, entretanto ambas estabelecem o dever do Estado de promover a igualdade.

## **2.7 O princípio da proporcionalidade no que se refere ao direito à saúde**

O princípio da proporcionalidade é um critério de avaliação da intervenção estatal em determinado direito fundamental, sendo utilizado em três situações, conforme destaca o autor André de Carvalho Ramos:

Por isso, o princípio da proporcionalidade é utilizado em três situações típicas: 1) existência de lei ou ato administrativo que, ao incidir sobre determinado direito, o restrinja; 2) existência de lei ou ato administrativo que, ao incidir sobre determinado direito, não o proteja adequadamente; 3) existência de decisão judicial que tenha que, perante um conflito de direitos humanos, optar pela prevalência de um direito, limitando o outro (RAMOS, 2014, p. 116).

Cumprе ressaltar que esse princípio pode ser decomposto em três elementos: a adequação das medidas estatais à realização dos objetivos propostos, a necessidade das medidas e o equilíbrio entre a finalidade almejada e os meios necessários para sua obtenção. Assim, esse princípio, no que se refere ao direito à saúde auxilia para evitar os excessos, vinculando o Poder Judiciário. Nesse sentido, destaca o autor:

Os direitos fundamentais vinculam os Poderes Legislativo e Executivo e exigem o seu respeito no exercício da atividade destes poderes. No que concerne ao poder judiciário, é clarividente que se encontra vinculado, tanto às leis como às demais normas do ordenamento jurídico. Assim sendo, o critério da proporcionalidade vincula o Poder Judiciário e veda decisões judiciais excessivas, que desrespeitem a separação dos poderes (VIEIRA, 2015, p. 358).

Cumprе ressaltar que o Código de Processo Civil (Lei nº 13.105/2015) estabeleceu em seu artigo 8º o princípio da proporcionalidade como um dos fundamentos na aplicação do ordenamento jurídico. Assim estabelece o mencionado artigo:

Art. 8º. Ao aplicar o ordenamento jurídico, o juiz atenderá aos fins sociais e às exigências do bem comum, resguardando e promovendo a dignidade da pessoa humana e observando a proporcionalidade, a razoabilidade, a legalidade, a publicidade e a eficiência.

No que diz respeito às políticas públicas de saúde, o princípio da proporcionalidade evita os excessos e impede que as decisões judiciais atendam somente os interesses dos médicos, advogados em prejuízo do interesse coletivo. Nesse sentido aborda o autor:

No campo da intervenção do Poder Judiciário nas políticas públicas de saúde, o critério da proporcionalidade impede que as decisões judiciais atendam exclusivamente aos interesses de médicos, advogados e indústria farmacêutica em detrimento do interesse coletivo. Para lograr êxito e proferir uma decisão proporcional o Judiciário deve se ater aos seguintes subcritérios: necessidade do tratamento ou da intromissão e adequação (idoneidade) do tratamento postulado (VIEIRA, 2015, p. 367).

Portanto, a aplicação do princípio da proporcionalidade torna-se fundamental no que se refere ao direito à saúde, tornando-se possível a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde, quais sejam: universalidade, equidade e integralidade.

### **3 OS EFEITOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO DIREITO À SAÚDE MENTAL E SEUS REFLEXOS**

A Reforma Psiquiátrica não transformou somente o modelo de Saúde Mental, mas proporcionou direitos e garantias ao indivíduo com transtorno mental através da atuação do Sistema Único de Saúde e da criação da Lei nº 10.216/2001, conceituando e regularizando as modalidades de internações e gerando reflexos também na judicialização da saúde. Assim, neste capítulo será abordada a saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, na atuação do Sistema Único de Saúde, nos aspectos da Lei nº 10.216/2001, nas modalidades de internação e por fim, será tratado o excesso de ações judiciais no âmbito da saúde.

#### **3.1 A Reforma Psiquiátrica no direito à Saúde Mental**

A saúde mental, segundo a “Cartilha Direito à Saúde Mental”, organizada pelo Ministério Público Federal e pela Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos, “é um direito fundamental do cidadão, previsto na Constituição Federal para assegurar bem-estar mental, integridade psíquica e pleno desenvolvimento intelectual e emocional” (BRASIL, 2012). Além disso, não pode ser tratada somente no âmbito das doenças, mas envolve diversos ramos do conhecimento, conforme destaca Paulo Amarante:

É importante assinalar que poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes. Ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria, e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, um profissional, o

psiquiatra. Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites (AMARANTE, 2007, p. 15-16).

Ressalta-se que o modelo de assistência psiquiátrica predominante no Brasil, o qual buscava preservar a ordem e a moral, baseado na legislação de 1934, era a hospitalização e o asilamento do doente mental. Esse modelo colaborava com a exclusão dos doentes mentais, uma vez que tornava o Hospital Psiquiátrico como a única alternativa de tratamento.

Nesse modelo de assistência psiquiátrica, o Brasil toma como exemplo o Hospital Colônia, em Barbacena, Minas Gerais, o qual foi inaugurado em 1903 com o objetivo de atender as pessoas com deficiência mental. Entretanto, entre 1930 e 1980, muitas pessoas foram internadas sem apresentar sintomas de loucura e insanidade, ou seja, foi utilizado para colocar pessoas “indesejadas” para a sociedade na época. A estimativa, apresentada pela autora Daniela Arbex, é de que 70% (setenta por cento) dos atendidos não sofressem de doença mental, apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. “Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos [...]” (ARBEX, 2013, p. 25-26).

Os internados no Hospital Colônia passaram por situações desumanas e cruéis lá dentro. Dentre essas situações, destaca-se os tratamentos realizados com eletrochoques, passaram fome e sede, chegando ao ponto de ter que comer os ratos que circulavam no local e beber do esgoto e dormir em camas substituídas por capim como alternativa para acomodar mais pessoas. Nesse sentido, a autora Daniela Arbex destaca situações que marcaram a história do “Holocausto Brasileiro” e que a esperança só surgiu com a Reforma Psiquiátrica:

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 internação era clara: economizar espaço nos pavilhões para caber mais e mais infelizes. O modelo de leito chão deu tão certo, que foi recomendado pelo Poder Público para outros hospitais mineiros em 1959. 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 (ARBEX, 2013, p. 26).

Nesse contexto surgiu a Reforma Psiquiátrica no Brasil, a qual contribuiu, essencialmente, para a desconstrução da ideia dos manicômios e para a criação de alternativas mais eficazes que garantissem os direitos humanos dos indivíduos. Esse movimento foi essencial, uma vez que abandonou o modo excludente de tratar o doente mental conforme reforçam Alda Martins Gonçalves e Roseni Rosângela de Sena:

Tratar do doente mental foi então sinal de exclusão, de reclusão e asilamento. Hoje, esta realidade ainda existe, porém de forma mais consciente e menos exclusiva. Por não se admitir a exclusão, corre-se o risco de não se admitir a diferença. Esta não pode ser negada, é necessário reconhecê-la e conviver com ela sem ter que excluir, conforme a grande aspiração da reforma psiquiátrica (GONÇALVES; SENA, 2001, p.49).

Contudo, não se almeja do movimento da reforma apenas a transferência do doente mental para fora do Hospital; espera-se que seus direitos fundamentais sejam respeitados, que sua dignidade seja resgatada e que ele seja reintegrado à sua família e à sociedade. Nesse sentido, as autoras destacam:

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue a própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade (GONÇALVES; SENA, 2001, p.51).

Michel Foucault, em sua obra “História da Loucura”, já contestava o internamento como a única solução para tratar a doença mental, afirmando que a internação foi uma criação institucional e que, em sua forma primitiva, funcionou como um mecanismo social. Nesse aspecto, o autor diz que:

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade (FOUCAULT, 2014, p. 78).

Assim, torna-se fundamental conhecer o contexto histórico da Reforma Psiquiátrica que percorreu diferentes caminhos até efetivar as mudanças e os impactos no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Afinal, trata-se de um

processo político e social composto por diversos aspectos e incidindo em diferentes locais. Nesse sentido, destaca o Ministério da Saúde:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Em relação à história da Reforma Psiquiátrica, esta iniciou no Brasil nos anos 70, em um contexto político relevante para o país que, após vinte anos de ditadura militar, iniciou “um movimento de redemocratização dos espaços de decisão política, de ascensão dos movimentos à luta da classe trabalhadora e ao ressurgimento da luta dos profissionais da saúde e usuários por um SUS [...]” (MELO, 2012, p. 201). Ou seja, foi um período em que os indivíduos almejavam e clamavam por seus direitos sociais, buscando um Sistema Único de Saúde que fosse gratuito, universal e igualitário.

Em se tratando de direitos sociais, torna-se fundamental mencionar que a Reforma Psiquiátrica foi influenciada e encadeada pelo movimento social da Reforma Sanitária, sendo o Estado do Rio Grande do Sul pioneiro nessa reforma, a qual difundiu as ideias e princípios na busca pela efetividade da saúde pública. Desse modo, a reforma psiquiátrica foi considerada um processo político e social que envolveu tanto os profissionais da saúde, como as pessoas com transtornos mentais e seus familiares.

Destaca-se que em 1978 surgiu o movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, sindicalistas, membros de associações de profissionais, associações de familiares e pessoas com histórico de internações psiquiátricas, o qual passou a “protagonizar e a construir 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” (BRASIL, 2005). Além disso, foi através desse

movimento que surgiram as primeiras reflexões acerca do modelo hospitalocêntrico na assistência das pessoas com transtornos mentais.

Em 1987 ocorreu o Segundo Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujo tema tratava de uma sociedade sem manicômios. Nesse período também foi realizada a Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental que levantou recomendações relevantes, conforme destaca a Assistente Social Anastácia Mariana da Costa Melo:

A 1ª Conferência Nacional em Saúde Mental foi um marco no processo da Reforma no Brasil, ao levantar recomendações importantes, como: orientar que os trabalhadores em saúde mental buscassem realizar seu trabalho juntamente com a sociedade civil, não só com o objetivo de redirecionar sua prática institucional, como para buscar a democratização desses espaços; formular e programar políticas nessa área, com a participação da população usuária, reconhecendo os espaços de mobilização popular (MELO, 2012, p. 202).

Além disso, ocorreu o surgimento do primeiro CAPS do Brasil, em São Paulo 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” (BRASIL, 2005). A respeito dessa intervenção, o Ministério da Saúde afirma:

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).

Necessário enfatizar a importância da promulgação da Constituição Federal Brasileira, em 1988, para a Reforma Psiquiátrica, uma vez que essa Carta Magna, também conhecida como Constituição Cidadã, garantiu aos indivíduos diversos direitos fundamentais e princípios, dos quais destaca-se o princípio da dignidade da pessoa humana que prevê a capacidade e o direito que as pessoas têm de viver uma vida digna. Assim, independentemente dos transtornos mentais, todos devem ter sua dignidade garantida e respeitada, não podendo ser admitido qualquer violação a esse princípio, em especial, pelos manicômios.

Já em 1989, as lutas da reforma psiquiátrica passaram a ganhar espaço nos campos legislativo e normativo com a entrada, no Congresso Nacional, do Projeto de Lei nº 3.657/89, do Deputado Paulo Delgado, que objetivava regular os direitos da pessoa com transtornos mentais e extinguir, de maneira progressiva, os manicômios no Brasil. Outrossim, a partir de 1992, os movimentos sociais inspirados nesse Projeto de Lei e angustiados com o sistema “conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental” (BRASIL, 2005).

Ressalta-se ainda que na década de 90, ocorreu a segunda Conferência Nacional de Saúde Mental e a participação do Brasil na Declaração de Caracas, o que estimulou as primeiras normas federais regulando a implantação de serviços de atenção diária. Embora houvesse essas normatizações regulando os serviços de atenção diária, ainda restava omissas questões relacionadas ao financiamento desses serviços. Nesse sentido, o Ministério da Saúde destaca:

Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Após 12 anos tramitando no Congresso Nacional, é no ano de 2001 que ocorre a promulgação de um substitutivo do Projeto de Lei de Paulo Delgado, impulsionando a Reforma Psiquiátrica, uma vez que essa lei federal (Lei nº 10.216/2001) “redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2005). Embora tenha sido destacado que a lei não instituiu mecanismos claros para o processo progressivo de extinção dos manicômios, essa legislação motivou e deu direção ao movimento pelos direitos das pessoas com transtornos mentais de ter uma vida digna e de receber toda assistência necessária para isso, não utilizando do isolamento como a única alternativa.

Dentro desse contexto histórico da Reforma Psiquiátrica, destaca-se ainda o processo de desinstitucionalização de pessoas internadas por um longo período, a política de recursos humanos, a política para a questão de álcool e outras drogas e o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, conforme destacado pelo Ministério da Saúde:

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).

Segundo o Ministério da Saúde, atualmente a Reforma Psiquiátrica está consolidada como uma política oficial do governo federal, caracterizando-se por dois movimentos simultâneos: “a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes” (BRASIL, 2005).

Merece destaque também a realização da Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental no final de 2001, após a promulgação da Lei nº 10.216/2001, a qual contou com uma etapa nacional, uma etapa municipal e uma etapa estadual, abrangendo representantes de usuários dos serviços de saúde, familiares, profissionais de saúde e representantes de movimentos sociais. Durante essa conferência, foram pactuadas estratégias, diretrizes e princípios para efetivar a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Assim destaca o Ministério da Saúde:

Desta forma, a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. É a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2005).

Cumprir mencionar que, para Paulo Amarante, a Reforma Psiquiátrica é caracterizada como um processo social complexo, formado por quatro dimensões

fundamentais, são elas: teórico-conceitual, técnico assistencial, jurídico- política e sociocultural. Nesse contexto, o autor afirma:

Quando falamos em processo pensamos em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente. Neste caminhar vão surgindo novos elementos, novas situações a serem enfrentadas. Novos elementos, novas situações, pressupõem que existam novos atores sociais, com novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas, de pertencimento de classe social... Enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões (AMARANTE, 2007, p. 63).

A dimensão teórico-conceitual “é a área de produção de conhecimento, que está relacionada à fundamentação da prática e da teoria psiquiátrica” (BRITTO, 2004, fl. 50). Nessa dimensão ocorre o questionamento de alguns conceitos científicos, como doença mental, normalidade e cura. Em virtude desses questionamentos, torna-se necessário construir um novo paradigma, ou seja, novos conceitos relacionados a compreensão das novas práticas aplicadas à saúde mental. Um dos conceitos que surge é o da desinstitucionalização, o qual busca novas formas de acolher os indivíduos com problemas mentais, visando o cuidado em liberdade e não adotando mais o tratamento de excluir o sujeito com necessidades dentro de um manicômio. Nessa dimensão também são feitas reflexões quanto ao conceito de doença mental e das práticas profissionais em relação ao sujeito em sofrimento psíquico.

A dimensão técnica assistencial trata dos serviços que buscam substituir o manicômio, o qual era ambiente que acolhia os indivíduos para o tratamento em saúde mental e que foi alvo de irrisignação, tendo em vista que estava pautado “no isolamento, na tutela, na vigilância, na repressão e na disciplina” (MELO, 2012, p. 204). Nesse sentido, cumpre mencionar novamente que o primeiro trabalho substitutivo modelo CAPS ocorreu em 1987, em São Paulo, com a intervenção política e social da Secretaria Municipal da Saúde na Antiga Casa de Saúde Anchieta. Outros serviços substitutivos foram o Núcleo de Atenção Psicossocial, a criação de residências terapêuticas, de cooperativas de trabalho e associações de usuários e familiares dentro desse contexto, conforme destaca Anastácia Mariana da Costa Melo:

Nesse mesmo período foi implantado em Santos o primeiro NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), um serviço substitutivo aberto 24 horas todos os dias da semana com característica especial de acolhimento em crise. Foram criadas as residências terapêuticas- moradias para os egressos dos hospitais psiquiátricos sem vínculos familiares- também foram criadas cooperativas de trabalho e associações de usuários e familiares nesse contexto. As experiências iniciadas em Santos (SP), em 1987, foram de grande importância para a difusão nacional dos princípios da Reforma Psiquiátrica e apontaram à necessidade de abertura de novos serviços substitutivos nos países (MELO, 2012, p. 205).

Quanto a dimensão jurídica- política, necessário salientar que se refere a diversas alterações ocorridas nas legislações: sanitária, penal e civil, “no que diz respeito aos novos conceitos e ações que tradicionalmente vinculavam a loucura com a periculosidade, a incapacidade social e a irresponsabilidade” (MELO, 2012, p. 205). Um dos momentos que demonstrou a aplicabilidade dessa dimensão foi através da proposta da lei do deputado Paulo Delgado.

Além dessa lei, houve outras legislações que marcaram o campo da saúde mental e que efetivaram essa dimensão (Portaria nº 336/99, Portaria nº 106/00, a Lei nº 10.708/2003 e a Política Nacional de Álcool e Drogas de 2008). A esse respeito, Anastácia Mariana da Costa Melo expôs:

Entretanto, é no decorrer dos anos 90 e 2000 que o campo da saúde mental, diferentemente do campo das políticas sociais, incorpora seus maiores investimentos em termos legais como: a portaria 336/99 que regulamente os Centros de Atenção Psicossocial, a portaria 106/00 que regulamenta a construção de serviços tipo Residências Terapêuticas, a Lei 10.708/2003 que se refere ao Programa de Volta Pra Casa<sup>5</sup>, a Política Nacional de Álcool e Drogas de 2008, assim como outras orientações que deram corpo a essa dimensão (MELO, 2012, p. 206).

Finalmente, destaca-se a dimensão sócio-cultural, a qual reflete “as ações e estratégias de cunho cultural, que têm por objetivo trabalhar socialmente o estigma produzido ao longo dos séculos em torno da loucura [...]” (MELO, 2012, p. 206). Ou seja, aqui são estabelecidas as conexões entre a sociedade e a loucura. Essa dimensão também busca um novo lugar social para o tratamento do sujeito com problemas de saúde mental que vai além dos espaços manicomiais, buscando um espaço que trate do sujeito de forma conjunta com a família e no seu retorno à sociedade.

Portanto, a Reforma Psiquiátrica, em todas as suas dimensões, vem contribuindo, de maneira fundamental, na regulamentação dos serviços de saúde mental e na transformação dos modelos que, tradicionalmente, eram tidos como a

única alternativa de tratamento que é o caso dos manicômios, estabelecendo redes de assistência, como por exemplo, as ações do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Além disso, o movimento tem sido base para o desenvolvimento de diversos meios que busquem efetivar a assistência ao indivíduo que possui transtorno mental e garantir seus direitos fundamentais. Destaca-se, em especial, o meio legislativo, o qual contou com a aprovação de leis e portarias voltadas para garantir os direitos e um tratamento humanizado aos indivíduos em sofrimento psíquico, é o caso da Lei nº 10.216/2001 que será tratada de forma mais detalhada a seguir. Merece destaque também o papel desempenhado pelo Sistema Único de Saúde que busca constantemente, através de atividades multidisciplinares, assistir o portador de transtorno mental e acompanhar sua reinserção na sociedade e a restituir os vínculos com a família.

### **3.2 A Saúde Mental no Sistema Único de Saúde**

A Constituição Federal Brasileira de 1988 salienta que a saúde é um dever do Estado e um direito de todos, dessa forma, não é diferente em relação à saúde mental. Além disso, prevê em seu artigo 198 que as ações e serviços públicos de saúde são compostas por uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único que visa prestar atendimento integral, priorizando as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Desse modo, o Sistema Único de Saúde (SUS) é instituído pela CF/88 e é regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, sendo guiado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Em razão desses princípios, o SUS torna-se um meio de eliminar a desigualdade nas prestações de serviços de saúde à população, sendo obrigatório o atendimento a qualquer cidadão.

Especificadamente em relação à saúde mental, o SUS oferece tratamento através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), das residências terapêuticas e de planejamentos como o Programa de Volta pra Casa (PVC). Em relação aos Centros de Atenção Psicossociais, o Conselho Federal de Psicologia define que:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades de tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência demandem inclusão num dispositivo de cuidado intensivo. Prestam serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; 2013, p. 66).

O principal objetivo do CAPS é evitar internações prolongadas que distanciam o contato entre o doente mental e sua família, assim, tem a missão de oferecer atendimento à população de abrangência de seu município, incentivando a reintegração social do sujeito através do convívio familiar, do trabalho, da educação, do lazer, entre outras ações. Nesse sentido, o CAPS possui funções institucionais, conforme destacado pelo Conselho Federal de Psicologia, na Regulação de serviços de Saúde Mental no Brasil:

Essencialmente, o CAPS possui como funções institucionais básicas: prestar atendimento em regime de atenção diária; construir e gerenciar projetos terapêuticos individualizados; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); e coordenar, junto com o gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; 2013, p. 67).

Além disso, os CAPS foram divididos conforme as modalidades de serviço, de acordo com a complexidade e abrangência populacional, são eles: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i, os quais são citados e caracterizados no artigo 7º, §4º, incisos I, II, III, IV, V e VI, da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, da seguinte forma:

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

[...]

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

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

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

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento

vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

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

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

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

O primeiro passo para as pessoas que sofrem de transtornos mentais, seja pelo uso de drogas ou com transtorno mental é o de procurar uma unidade do CAPS de sua região com o encaminhamento da área da saúde onde serão recebidas e acolhidas, sendo que os profissionais da saúde do local vão ouvir os casos e estabelecer um vínculo com eles. Assim, o profissional de saúde vai elaborar uma estratégia de tratamento mais adequada ao usuário. Nesse aspecto, Ramaldes destaca a importância de se estabelecer um vínculo de confiança com o profissional da saúde:

As pessoas atendidas no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial são aquelas que sofrem de transtornos mentais, seja pelo abuso de substâncias psicoativas (drogas), ou crianças e idosos com transtorno mental. Para ter acesso a esse serviço é necessário que a pessoa se dirija a unidade mais próxima com um encaminhamento de qualquer serviço da área de saúde. Ao ser recebido no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, a pessoa primeiro será acolhida e terá seu caso ouvido por um profissional a fim de que possa ser feito um primeiro contato para ter conhecimento sobre a história daquele paciente, além de se estabelecer o vínculo e a confiança com os profissionais. É a partir desse primeiro contato que o profissional de saúde vai construir uma estratégia que melhor vai atender e oferecer qualidade ao tratamento do usuário (RAMALDES, 2015, p. 26).

Assim, os Centros de Atenção Psicossocial visam atender pessoas com transtornos mentais, psicose, usuários de drogas, entre outros, buscando sempre um tratamento que seja efetivo, evitando de todas as formas possíveis a internação em hospitais.

Já o programa de Volta para Casa (PVC), previsto na Lei nº 10.708/2003, é um planejamento que objetiva a reabilitação de pacientes que estiveram por um

longo período em instituições psiquiátricas através de um auxílio que busca contribuir com o seu retorno à sociedade. O objetivo desse programa está especificado no portal do Ministério da Saúde, o qual estabelece que:

O objetivo é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, por meio do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação aos beneficiários. Para receber o auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social. O Programa possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, assegura o bem-estar global da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania, uma vez que prevê o pagamento do auxílio-reabilitação diretamente ao beneficiário, por meio de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal (BRASIL, 2018).

Por fim, o SUS oferece as residências terapêuticas ou os Serviços de Residência Terapêuticas (SRTs), que são casas que funcionam como moradia, adequada aos serviços de atenção psicossocial. Para ter acesso, Ramaldes destaca:

Vale reiterar ainda que para o acesso ao SRT o paciente deverá ser portador de transtorno mental grave que esteja egresso de internação e que se encontra sem condições de reinserção em sociedade, pessoas em condição de rua que possuam algum tipo de transtorno mental grave e esteja sendo acompanhada em CAPS – Centro de Atenção Psicossocial ou pessoas cujo problema de moradia seja identificado pela equipe especializada (RAMALDES, 2015, fl. 25).

Portanto, o Sistema Único de Saúde torna-se essencial ao promover as políticas de saúde mental através de ações voltadas à atenção básica, as quais estabelecem os serviços substitutivos do modelo manicomial, visando a desinstitucionalização dos indivíduos com transtorno mental para oferecer atendimentos e estruturas que busquem o seu retorno à sociedade. Além dessas políticas de saúde mental acima mencionadas, frutos da Reforma Psiquiátrica, surgiu a Lei nº 10.216/2001 que contribuiu para a regularização dos atendimentos ofertados e fixou os direitos dos portadores de transtornos mentais.

### **3.3 Os desdobramentos da Lei nº 10.216/2001 e seus efeitos jurídicos**

Inicialmente, destaca-se que a Lei nº 10.216/2001 surgiu a partir de sucessivos desdobramentos acerca da Reforma Psiquiátrica, os quais já foram

suscitados no item 3.1. Retoma-se que em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou um projeto de lei que visava o redirecionamento do modelo manicomial e assistencial hospitalar, com a extinção progressiva dos manicômios, por outros recursos assistenciais com base em serviços de modo a priorizar uma assistência integral sem necessitar excluir o doente mental, mas tratá-lo de forma a incentiva-lo ao seu retorno à família e à sociedade. Além disso, buscava regular a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória.

O projeto de Lei nº 3.657/89 que deu origem a Lei nº 10.216/2001, inicialmente era formado por cinco artigos, os quais, segundo Renata Corrêa Britto, estavam vinculados em quatro temas principais: “deter a expansão dos leitos manicomiais; promover um novo tipo de cuidado; criar uma nova rede de serviços; proporcionar o fim das internações anônimas” (BRITTO, 2004, p. 84).

Esse projeto de Lei, por prever mudanças, em especial, ao modelo manicomial e assistencial hospitalar, gerou conflitos de interesses no setor empresarial, por parte dos responsáveis pelos hospitais psiquiátricos. Em razão desses conflitos, o projeto não foi consentido, sendo aprovado, somente em 2001 (12 anos após o projeto proposto por Paulo Delgado), um substitutivo proposto pelo senador Sebastião Rocha, o qual não manteve a proposta de extinção progressiva dos manicômios.

Cumprido ressaltar que, ao longo desses 12 anos até a aprovação do projeto de lei de Paulo Delgado, foram criadas portarias ministeriais e serviços extra hospitalares que auxiliaram no desenvolvimento dos direitos do indivíduo com transtorno mental. Nesse aspecto, Renata Corrêa Britto cita:

No decorrer dos anos de luta pela aprovação do PL houve a criação de diversos serviços extra-hospitalares e a promulgação de portarias ministeriais dentre as quais convém destacar: Portaria 189 de 19/11/1991 – alterou o financiamento das ações e serviços de saúde mental; Portaria 224 de 19/01/92 – regulamentou o funcionamento de serviços de saúde mental; Portaria 1077 de 24/08/99 – assegurou o fornecimento de medicamentos básicos de saúde mental nos “*serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em saúde mental*”; Portaria 106 de 11/02/00 – criou e regulamentou o funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos; Portaria 799 de 19/06/00 – criou uma auditoria especial nos serviços de saúde mental com o objetivo de avaliar a assistência prestada, estabelecer mecanismos de supervisão permanente nos serviços e propor normas que possibilitem a continuidade do processo de transformação do modelo de

atenção psiquiátrica; e Portaria 1220 de 7/11/2000 – determinou a avaliação da assistência em saúde mental prestada pelo SUS (BRITTO, 2004, p. 86-87).

Além disso, durante a tramitação desse projeto de lei, alguns Estados aprovaram leis baseadas no contexto do projeto, da qual convém destacar a Lei 9.716 de 07 de agosto de 1992, aprovada pelo Estado do Rio Grande do Sul, a qual dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Estado, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências.

Embora não prevista no texto da lei a possibilidade de extinção dos manicômios, foi proposta “uma regulamentação das internações, visto que este recurso de tratamento se apresenta como uma medida intensiva e de grande repercussão na vida da pessoa” (BRITTO, 2004, p. 13). Outrossim, a lei também estabelece critérios a serem observados, mencionando que as internações podem ocorrer somente quando todos os outros recursos não forem suficientes. Nesse contexto, Renata Correa de Brito afirma:

Embora esta nova lei represente um avanço no campo da saúde mental, ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, o texto mantém a existência do hospital psiquiátrico. Entretanto, fica determinado que as internações ocorram somente quando os demais recursos se mostrarem insuficientes (BRITTO, 2004, p.13).

Mantendo a estrutura hospitalar, a Lei nº 10.216/2001 é composta por treze artigos, tratando desde os direitos do indivíduo com transtorno mental, da responsabilidade do Estado, da definição e dos tipos de internação até das pesquisas envolvendo os pacientes.

O artigo 1º da Lei prevê a igualdade às pessoas com transtornos mentais, uma vez que os direitos são garantidos a eles sem nenhuma forma de discriminação. Nesse sentido, Emanuele Seicenti de Brito e Carla Aparecida Arena Ventura referem que:

O seu Art. 1º visa garantir a igualdade formal às pessoas com transtornos mentais, quando afirma que os direitos e a proteção destas pessoas são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família,

recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outro. A proteção contra a discriminação é necessária, pois pode afetar diversas áreas da vida da pessoa discriminada e influir no acesso ao tratamento e à atenção adequados, emprego, educação, agravando assim o transtorno mental (BRITO; VENTURA, 2012, p. 56).

Também conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, esta dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, além de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. Esses direitos estão previstos no artigo 2º que deixa claro que a pessoa e seus familiares ou responsáveis vão ser cientificados dos direitos estabelecidos no parágrafo único desse artigo. Desse modo, pode-se afirmar que os esforços e as lutas dos movimentos da Reforma Psiquiátrica foram absorvidos e expressados nessa legislação, buscando proteger e estabelecer os direitos dos indivíduos que antes eram excluídos e esquecidos dentro dos manicômios.

Outrossim, convém ressaltar também que o título da lei apresenta relevante mudança no que diz respeito à nomenclatura usada para definir o indivíduo que precisa de atenção à saúde mental: o “termo psicopata da legislação de 1934 é substituído pela expressão portador de transtorno mental, que é adotada atualmente pela psiquiatria” (BRITTO, 2004, p. 93).

Quanto ao rol dos direitos, previsto no parágrafo único do artigo 2º da Lei nº 10.216/2001, embora não se encontra exposto a dignidade da pessoa humana, esta pode ser identificada nos incisos II e III, os quais estabelecem, respectivamente, que são direitos das pessoas com transtornos mentais: ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade e ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração.

Já o artigo 3º estabelece que é responsabilidade do Estado desenvolver políticas de saúde mental, promover a assistência e ações de saúde aos enfermos mentais. Apesar de responsabilizar o Estado por essas tarefas, também refere a importância da participação da família e da sociedade.

A Lei estabelece ainda que o tratamento do paciente terá como objetivo reintegrá-lo à sociedade através de uma assistência integral e multidisciplinar e

proíbe as internações em instituições que não visam os direitos previstos em seu artigo 2º. Nesse aspecto, Bruna Tássia Souza Nakayama afirma:

Também orienta que o tratamento visará como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio e deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa com transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (§§1º e 2º do artigo 4º). Veda, ainda, internações em instituições com características asilares, desprovidas dos recursos anteriores e que não assegurem aos pacientes os direitos numerados no parágrafo único do artigo 2º (§§1º, 2º e 3º do artigo 4º). Nesse sentido, a Lei 10.2136 visa tirar a pessoa com transtorno mental da posição de subcidadania à qual foi submetida ao longo da história (NAKAYAMA, 2016, p. 34).

Especificadamente, em relação aos tipos de internação previstos na Lei nº 10.216/2001, a legislação resguarda e protege o indivíduo com transtorno mental, uma vez que determina que a internação, em qualquer de suas modalidades, somente poderá ser utilizada como recurso quando todos os outros meios estiverem sido esgotados.

Destaca-se que a Lei nº 10.216/2001 apresenta três modalidades de internação, as quais estão previstas e conceituadas no artigo 6º, parágrafo único, incisos I, II e III que segue transcrito abaixo:

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

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

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Desse modo, verifica-se que há previsão na legislação a internação de forma voluntária, que ocorre com a autorização do usuário; a internação involuntária, que ocorre sem a permissão do sujeito, a pedido de terceiro; e a internação compulsória, que é aquela determinada pela Justiça. Destaca-se que em relação as internações involuntária e compulsória, “reside o conflito de direitos: de um o direito à liberdade do internando, de outro o direito à vida e a dignidade da pessoa humana” (FRANÇA, 2012, p. 49). Assim, torna-se fundamental conhecer e analisar cada modalidade de internação e seus procedimentos voltados às ações multidisciplinares e assistenciais da saúde mental.

### 3.3.1 Das internações previstas na Lei nº 10.216/2001

Cumprido ressaltar que, conforme já exposto no item anterior (3.3), o objetivo de qualquer tratamento envolvendo saúde mental, seja pelo uso de drogas ou por algum transtorno, é a reinserção social do indivíduo em seu meio. Assim, a internação só será utilizada quando os recursos extra-hospitalares foram insuficientes para o tratamento. Nesse aspecto, o autor André de Carvalho Ramos diz:

O regime de internação deve ser 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. Com isso, é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais nos chamados “asilos”, que tradicionalmente no Brasil não asseguravam o tratamento integral nem os direitos das pessoas com transtornos mentais (RAMOS, 2014, p. 643).

Além disso, a Lei nº 10.216/2001 estabelece, em seu artigo 6º que a internação psiquiátrica somente vai ser realizada mediante laudo médico circunstanciado que justifique seus motivos, ou seja, o laudo do médico que atendeu a pessoa com transtorno mental é fundamental e determinante para que a internação seja efetivada, assim, o contato prévio do paciente com o médico é de suma importância. Nesse mesmo artigo, em seu parágrafo único, a Lei se preocupou em determinar e conceituar quais são os tipos de internação viáveis no âmbito da saúde mental, são elas: internação voluntária, internação involuntária e internação compulsória.

A internação voluntária é aquela que ocorre com o consentimento do usuário; a internação involuntária ocorre sem o consentimento do usuário e a pedido de um terceiro e deverá ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável do estabelecimento em que tenha ocorrido, devendo proceder da mesma forma quando o paciente tiver alta, nos termos do artigo 8º, §1º, da Lei nº 10.216/2001; e, por fim, a internação compulsória que é aquela determinada pela Justiça, pelo Juiz competente, o qual levará em consideração as condições de segurança do estabelecimento, quando à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários, nos termos do artigo 9º da Lei nº 10.216/2001.

Especificadamente quanto ao tratamento do usuário de drogas e as internações, frisa-se que a lei de drogas não trata da internação dele fora das hipóteses de prática delitiva. Em razão disso, os autores Andrey Bordes de Mendonça e Paulo Roberto Galvão de Carvalho afirmam:

Porém, no silêncio da lei não significa, de modo algum, a sua impossibilidade, pois o dependente de drogas, em situações graves, pode ser equiparado a uma pessoa acometida de transtornos mentais, aplicando-se, nesta linha, a disciplina correspondente (MENDONÇA; CARVALHO; 2012, p. 46).

Nesse mesmo sentido aponta a autora Priscila Matos Martins, esclarecendo que a Lei da Reforma Psiquiátrica é utilizada de forma extensiva para os dependentes químicos. Assim refere:

Inicialmente, cabe salientar que não há, na atual Lei n. 11.343/06, previsão de qualquer espécie de internação para o dependente. Dessa forma, utiliza-se a Lei n. 10.216/01, que traz as modalidades de internação psiquiátrica para as pessoas com transtornos mentais, de forma extensiva para os dependentes de drogas (MARTINS, 2018, fl. 220).

Assim, a internação, sempre que for necessária, deverá ser feita de maneira voluntária, com o consentimento do indivíduo, evitando as consequências negativas de um tratamento privativo de liberdade contra a própria vontade dele.

Outro elemento que veio para contribuir para a regulamentação das internações foi a Portaria nº 2.391/02 que foi decorrente de um seminário denominado “Direito à Saúde Mental”, realizado às vésperas da III Conferência Nacional de Saúde Mental, para discutir sobre a regulamentação e aplicação de parte dos artigos da Lei nº 10.216/01. Segundo Renata Corrêa Britto, as discussões apresentavam os seguintes temas:

As discussões foram centradas em torno dos seguintes temas: internação psiquiátrica involuntária, interdição e curatela, e internação compulsória. O trabalho foi desenvolvido através de mesas-redondas, grupos de trabalhos divididos por temas e plenária final – esta tinha o objetivo de aprovar um relatório final baseado nos relatórios provenientes dos grupos de trabalho (BRITTO, 2004, p. 99).

Desse modo, essa portaria determinou que a internação psiquiátrica deve ser a última alternativa de tratamento e durar o mínimo possível. Ainda, determinou quatro modalidades de internação: voluntária, involuntária, voluntária que se torna involuntária e a compulsória. Além disso, estabeleceu as notificações das internações involuntárias e das voluntárias que se tornam involuntárias ao Ministério

Público Estadual em 72 horas, de acordo com o modelo fornecido pela Portaria e estabeleceu a formação de uma comissão revisora das internações psiquiátricas involuntárias que as revisará, podendo através de laudo, confirmar ou suspender o tratamento, entre outras determinações.

### **3.3.1.1 Da internação voluntária**

A modalidade voluntária de internação, prevista no artigo 6º, parágrafo único, inciso I, da Lei 10.216/2001, ocorre com o consentimento daquele que está sujeito a uma necessidade de internação, ou seja, o indivíduo expressa vontade própria de buscar auxílio para o problema que o acomete. Para esse atendimento, o Sistema Único de Saúde disponibiliza os CAPS ou CAPS-AD, que vão prestar atendimento às pessoas que apresentam determinado sofrimento psíquico, seja pelo uso de substâncias químicas, seja por outros transtornos mentais. Para Sydnei e Bertolazo, a internação voluntária:

Tem como base a anuência do usuário a própria internação, ficando para tanto, o termo do registro do consentimento do paciente aos cuidados dos gestores que realiza todo procedimento de internação (SYDNEI, BERTOLAZO; 2016, p. 76).

Assim, para realizar a internação voluntária, o indivíduo se dirige até algum CAPS ou CAPS-AD, conforme o caso, e demanda espontaneamente a sua internação. Na sequência, vão ser realizados os procedimentos abordados pela autora Priscila Matos Martins:

O referido Centro providenciará o agendamento de uma consulta com o médico e, se constatada a real necessidade de tratamento em regime de internação, o médico emitirá um laudo circunstanciado das manifestações do paciente e o encaminhará para uma clínica do Estado, assim que surgir uma vaga. Aberta a vaga, o paciente será informado para proceder a sua internação e, neste momento, deverá assinar uma declaração na qual informe que optou por este tipo de tratamento. A necessidade de emissão dessa declaração está expressa no caput do artigo 7º da Lei n.10.216/01 (MARTINS, 2018, p. 221).

Destaca-se que o dependente também pode procurar uma clínica privada, nesse caso, ele se dirige até o estabelecimento e solicita sua internação. A diferença somente é a forma de custeio, uma vez que os hospitais públicos são financiados pelo Poder Público, enquanto as instituições privadas são pagas pelo próprio

paciente ou familiar. O procedimento será o mesmo em ambos locais, uma vez que o laudo médico é fundamental para realizar o procedimento, conforme prevê o caput do artigo 6º da Lei nº 10.216/2001. Convém destacar também o artigo 7º da lei recém mencionada, o qual determina que “o término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente”.

A autora Priscila Matos Martins ainda destaca as medidas previstas no artigo 23, § 16, da Portaria de Consolidação nº 3/2017, para a qual determina as atividades a serem realizadas pelo CAPS - AD, no tratamento ambulatorial, caso não seja constatada a necessidade de internação, entre as atividades, destaca-se o atendimento individual, o atendimento à família, atividades de grupo, atividades comunitárias, entre outras.

Apesar de todos esses aspectos apresentados da modalidade de internação voluntária, é de suma importância verificar se o portador de transtorno mental manifesta consentimento de forma voluntária e “se este possui condições psíquicas de manifestar sua vontade. Caso tal situação não se configure, deve-se considerar obrigatoriamente a internação como involuntária” (MARTINS, 2018, p. 223). Portanto, uma internação que seria considerada voluntária passa a ser involuntária em razão da falta de condições psíquicas do indivíduo de expressar sua vontade.

### **3.3.1.2 Da internação involuntária**

A internação involuntária está disciplinada no artigo 6º, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 10.216/2001 e ocorre quando o portador de transtorno mental ou dependente químico é internado, sem o seu consentimento, sendo solicitada por um terceiro, sendo, na maioria das vezes os familiares.

Para efetivar essa internação, é necessário que o terceiro interessado agende uma consulta com um médico para que ele analise a necessidade de internação do paciente. Nesse sentido, destaca Priscila Matos Martins:

Considerando que o dependente não aceita ser hospitalizado, os familiares podem agendar uma consulta com um médico, a fim de que este analise a necessidade ou não de internação do paciente para tratamento contra o uso de drogas ilícitas. Caso constatada a necessidade, os familiares poderão

proceder à internação do dependente, existente a vaga, em clínica privada ou pública. Em ambos os casos, é necessário o parecer do médico de forma circunstanciada, ou seja, o médico deve expor detalhadamente os motivos que lhe formaram o convencimento de que o dependente necessita de internação (MARTINS, 2018, p. 224).

Segundo a Cartilha Direito à Saúde Mental, organizada pelo Ministério Público Federal/Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, a internação involuntária somente vai ser autorizada por médico registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento, sendo necessário a comunicação pelo responsável técnico do estabelecimento ao Ministério Público Estadual, em um prazo de até 72 horas, devendo ocorrer a comunicação também quando o paciente estiver liberado.

### **3.3.1.3 Da internação compulsória**

Por fim, a internação compulsória, prevista no artigo 9<sup>a</sup> da Lei 10.216/2001 também ocorre sem o consentimento do indivíduo com transtorno mental, entretanto, diferentemente da involuntária, essa modalidade de internação ocorre por determinação judicial, ou seja, somente o Estado-juiz pode determiná-la. Nota-se que o objetivo dessa internação é garantir a segurança do paciente, principalmente em caso de crises, surtos ou condições assemelhadas.

Ao tratar da internação compulsória do dependente químico, necessário observar que existem algumas controvérsias em relação a essa modalidade de tratamento que, para alguns, violaria o direito de liberdade do indivíduo. Embora dela não dependa o consentimento do usuário, a internação compulsória busca a recuperação de saúde dele e a garantia de sua dignidade, devendo ser utilizado o princípio da proporcionalidade para analisar cada caso. Assim diz Martins:

Desse modo, quando houver necessidade de internação forçada do dependente, devem-se sopesar os bens constitucionalmente protegidos. Assim, utiliza-se o princípio da proporcionalidade para a solução adequada ao caso concreto (MARTINS, 2018, p. 228).

Portanto, para ser determinada pela Justiça a internação compulsória do dependente químico, é fundamental que os direitos à saúde e a dignidade da pessoa humana estejam acima do direito à liberdade, cabendo ao Juiz avaliar cada caso

específico. Além disso, a medida compulsória somente deve ser utilizada como medida excepcional, verificando antes se não é caso de tratamento ambulatorial e se ele não preenche os requisitos das internações voluntária e involuntária.

Assim, nos termos do artigo 9º da Lei nº 10.216/2001, a internação compulsória vai ser determinada pelo juiz competente conforme a legislação vigente, levando em consideração as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Ademais, em se tratando de internação compulsória, necessário analisar um movimento jurídico denominado como “judicialização da saúde”, em razão da excessiva busca dessa garantia através da intervenção jurisdicional, uma vez que, conforme busca realizada no site do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, há mais 10.900 acórdãos para a pesquisa utilizando somente o termo internação compulsória (número de decisões obtidas da pesquisa realizada no site do Tribunal de Justiça/RS em 06 de maio de 2019).

### **3.4 Judicialização da Saúde**

O exercício do direito à saúde, assegurado pela Constituição Federal, tem sido objeto de ações judiciais que buscam uma garantia efetiva desse direito social, o qual acaba não sendo fornecido a todos os cidadãos de maneira justa e igualitária. Essas ações tem sido alvo de um movimento jurídico denominado como “judicialização da saúde”, o qual surgiu justamente em razão das reiteradas buscas de garantia do direito à saúde por meio de intervenção jurisdicional. Esse movimento tem causado certo tumulto devido à grande demanda no Poder Judiciário. Nesse sentido, Liliane Coelho da Silva destaca:

O mundo jurídico, no Brasil e em outros países, vem acompanhando um movimento massivo atinente à busca da efetivação de prerrogativas presentes na Constituição de cada Estado de Direito: a judicialização. Esse termo atina à procura do Judiciário pela população para que o Poder Executivo seja compelido, através de uma demanda judicial, a implementar políticas públicas deficitárias. No caso, importa-nos precipuamente a judicialização da saúde, cuja expansão desenfreada vem alarmando gestores e juristas (SILVA, 2013, texto digital).

Ou seja, “a judicialização da saúde é o termo utilizado para se referir às ações judiciais, individuais e coletivas, interpostas com vistas a assegurar a prestação de um determinado serviço de saúde” (CHAVES, 2018, p. 13). Assim, o cidadão acaba recorrendo ao Poder Judiciário visando garantir o seu direito à saúde que não foi satisfeito na via administrativa.

Essa judicialização tem gerado muitas consequências negativas, tanto para o Poder Judiciário que acaba sendo “sufocado” com a grande demanda, como ao Sistema Único de Saúde e nas finanças públicas. Assim Bruna Chaves menciona:

É possível afirmar que a judicialização da saúde tem uma influência negativa sobre as finanças públicas, tendo em vista que as decisões judiciais têm implicado na utilização de recursos públicos para determinados indivíduos, em detrimento das políticas coletivas. A judicialização da saúde pode acarretar desorganização do SUS, tendo em vista que as decisões judiciais, ao atenderem interesses individuais, acabam por focar políticas públicas em favor de poucos, subvertendo a ordem de filas de procedimentos e internações, por exemplo, ou mesmo obrigando o Estado a fornecer algo com o que ele não tinha se comprometido (CHAVES, 2018, p.22).

Apesar de todas as consequências negativas acima apontadas, também é possível ver pontos positivos na judicialização da saúde, os quais são destacados também pela autora:

Pensando de forma ampla, é possível afirmar que um ponto positivo é que, em tese, a ação judicial serve como instrumento de concretização do direito social subjetivo prescrito na Constituição. Mas, mais que isso, a judicialização da saúde pode ser compreendida como um estímulo ao Executivo e ao Legislativo para não se acomodarem em omissões. Outro ponto positivo, para Gebran Neto, é a inclusão na pauta política e judiciária de discussões em relação ao direito à saúde, à qualidade do atendimento, às políticas existentes, aos medicamentos incorporados, ao financiamento da saúde, às tabelas de procedimentos e valores pagos, aos custos de órteses e próteses, às doenças mentais, dentre outros (CHAVES, 2018, p. 24-25).

Portanto, a judicialização da saúde possui tantos pontos positivos, como pontos negativos, sendo fundamental que as instituições jurídicas, antes de ingressar com um processo judicial, busquem garantir o direito à saúde, analisando todas as possibilidades e soluções na via administrativa.

Nesse sentido, o enunciado nº 3 da I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça recomenda que autor da ação busque previamente o tratamento, serviço ou medicamento na via administrativa, evitando, assim, a judicialização desnecessária. “Interpretando o Enunciado, tem-se que a intenção foi

estimular que o cidadão busque medidas administrativas antes de propor ações judiciais” (CHAVES, 2018, p. 44).

Essa recomendação é mais uma alternativa de buscar uma redução na demanda desses processos no que diz respeito à saúde e chama a atenção para a efetividade das políticas públicas de saúde:

Verifica-se, portanto, que a saída para redução da judicialização da saúde está na transparência das informações e na comunicação entre os sistemas institucionalizados. Demonstra-se a necessidade de estimular uma atuação mais ativa e extrajudicial nas políticas públicas de saúde, assumindo o gestor público sua função, de forma organizada e estruturada (CHAVES, 2018, p. 71).

Outra alternativa seria adotar um sistema de cooperação entre os entes envolvidos no âmbito da saúde, objetivando tornar o sistema de saúde mais eficiente. Conforme Souza:

Buscar métodos eficazes que tornem o sistema de saúde eficiente com uma real cooperação entre os entes federativos, seus órgãos e entidades, o judiciário, o ministério público e a defensoria, nos parece ser um caminho viável que pode nos levar a uma desjudicialização da saúde. Para tanto, essa comunicação entre as instituições envolvidas têm que ser contínua e perene. Os dados quantitativos, qualitativos e estatísticos sobre as demandas judiciais devem servir de subsídios para os gestores públicos na elaboração, planejamento e aplicação nas políticas públicas de saúde. A troca dessas informações podem auxiliar os gestores em saúde a se antecipar a uma possível demanda judicial por um medicamento, por exemplo. Ou mesmo, subsidiar o Poder Judiciário em certas demandas por medicamentos ou tratamentos (SOUZA, 2016, texto digital).

Logo, a judicialização acaba sendo um problema devido à grande demanda de ações no Poder Judiciário com pedidos que, na maioria das vezes, poderiam ser atendidos na via administrativa. Recorre-se primeiramente à Justiça para que a saúde seja efetivada, deixando de lado os recursos disponíveis pela Administração Pública. Conforme bem destacado pelo autor Reynaldo Mapelli Júnior, não se pode misturar o direito à saúde com o seu pedido perante o Poder Judiciário, como se fosse duas coisas entrelaçadas. Nesse sentido, refere o autor:

Na realidade, a saúde é um direito que deve ser exigido do Estado, mas não necessariamente por meio de ações judiciais, devendo-se, muito ao contrário, buscar formas extrajudiciais de composição de conflitos. O poder judiciário, geralmente despreparado para resolver problemas de saúde pública, deve ser deixado como *ultima ratio*, ou seja, somente deve ser procurado quando não for possível a obtenção espontânea da assistência farmacêutica (MAPELLI JÚNIOR, 2017, p. 173).

Menciona-se que um dos problemas encontrados no exagerado número de ações de saúde é a concessão excessiva de medidas liminares. Essa prática que deveria ser utilizada para beneficiar o paciente cujo risco de vida e urgência fica evidenciado, acaba sendo banalizada e utilizada como um caminho mais curto e acessível para obtenção do tratamento de saúde. Nesse aspecto, a autora Maria Paula Dallari Bucci reforça:

Deferida a liminar, que determina a entrega do medicamento ou realização do procedimento, não há mais sentido na peça de defesa, perdem força os argumentos baseados no regramento do SUS como direito à saúde coletiva (BUCCI, 2017, p. 65).

Ainda, a autora Maria Paula Dallari Bucci apresenta três hipóteses que estariam influenciando no problema da judicialização da saúde pelo excesso de medidas liminares concedidas, quais sejam: 1ª hipótese - o juiz ou juíza defere a liminar, não levando em consideração a exigibilidade jurídica da Política Nacional de Assistência Farmacêutica; 2ª hipótese - uma vez concedida a liminar, o juiz ou juíza não analisa a matéria de fato; 3ª hipótese - o juiz ou juíza decide em função do que percebe como descuido no atendimento aos usuários dos serviços de saúde.

Em contrapartida à essas hipóteses que estariam influenciando no problema da judicialização da saúde, menciona-se o julgamento repetitivo nº 106, julgado pela primeira seção do STJ em 25 de abril de 2018 em razão do Recurso Especial nº 1.657.156, em se tratando de processos de saúde, especificadamente quanto ao fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS. O julgamento estabeleceu que é obrigação do poder público fornecer os medicamentos fora da lista do SUS, desde que preenchidos três requisitos, quais sejam: comprovação, por meio de laudo médico fundamentado expedidos por medico que assiste a parte autora, da necessidade do medicamento, bem como da ineficácia dos medicamentos fornecidos pelo SUS para o tratamento de sua enfermidade; demonstração de incapacidade financeira da parte autora de arcar com o custo do medicamento prescrito; e a demonstração de existência de registro do medicamento na Anvisa.

Dessa forma, o julgamento desse recurso repetitivo torna-se fundamental no âmbito da judicialização, tendo em vista que o juiz, ao analisar o preenchimento desses três critérios no pedido liminar, pode evitar que eles prossigam sem haver

necessidade. Além disso, serve de orientação para as pessoas que pretendem ingressar na Justiça para conseguir o medicamento fora da lista do SUS e que verificam, de antemão, que não preenchem os requisitos, evitando assim, uma judicialização desnecessária.

## **4 ANÁLISE DOS JULGADOS DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL REFERENTE ÀS AÇÕES DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA**

A internação compulsória é a modalidade de internação determinada pelo Juiz, o qual levará em consideração a segurança do indicado à internação, ou seja, o fato de o indivíduo atentar contra a própria saúde e de terceiros. É a última medida, isto é, somente será cogitada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.

Como forma de verificar os fatores que têm influenciado nessas ações, especificadamente na Comarca de Lajeado/RS, foi realizada uma pesquisa dos julgados do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, no período de 2014 a 2018. Assim, nesse capítulo será demonstrado o procedimento adotado na realização da pesquisa, os dados colhidos, a análise desses julgados, bem como as possíveis causas de aumento/diminuição das decisões referentes às ações de internação compulsória.

### **4.1 Do procedimento adotado na realização da pesquisa das decisões do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul referente às ações de internação compulsória**

Ressalta-se, inicialmente, que a pesquisa foi realizada a partir das decisões disponíveis no site do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. A escolha pelas decisões de segunda instância está relacionada com a disponibilidade

dos dados pesquisáveis, o que não ocorre com as decisões de primeira instância, considerando que as ações de internação compulsória (objeto da pesquisa) tramitam em segredo de justiça. Essas decisões foram colhidas no site, através da barra denominada “acesso”, onde consta o item referente a jurisprudência. Nesse item, há um subitem de pesquisa de jurisprudência, o qual permite apreciar todos acórdãos proferidos pelo Tribunal e filtrá-los conforme o objetivo da pesquisa.

Como forma de verificar os fatores que têm influenciado nas ações de internação compulsória, especificadamente na Comarca de Lajeado/RS, foi utilizado o termo “internação compulsória” no campo de busca de pesquisa de jurisprudência e empregado como filtro a Comarca de origem de Lajeado. Além disso, foi aplicado como marco temporal o período de cinco anos, de 2014 a 2018, utilizado como filtro a data de julgamento do primeiro e último dia de cada ano.

Cumprir mencionar que se tornaria inviável analisar todas as decisões proferidas no Estado do Rio Grande do Sul, pois elas resultavam em aproximadamente 10.900 acórdãos para a pesquisa utilizando somente o termo internação compulsória (número de decisões obtidas da pesquisa realizada no site do Tribunal de Justiça/RS em 06 de maio de 2019). Desse modo, como a monografia não poderia comportar a análise de todos os julgados, foram utilizados filtros que limitaram a pesquisa através de um critério temporal e territorial.

Para demonstrar os dados obtidos da análise das decisões realizadas, confeccionou-se tabelas para melhor visualização, conforme será demonstrado na sequência. Outrossim, destaca-se que foram observados os seguintes fatores: a quantidade de decisões de segunda instância por ano, de 2014 a 2018; os problemas apresentados pelo indicado à internação; o motivo da internação; os sujeitos que solicitavam a internação compulsória no primeiro grau; o parentesco do familiar que solicitava a internação compulsória; o tipo de recurso interposto nas ações de internação compulsória; o sujeito que recorria da decisão de primeiro grau ou que suscitava conflito de competência nas ações de internação compulsória e a motivação dos recursos interpostos pelo Município, Estado e Autor.

## 4.2 Da apresentação dos dados colhidos na pesquisa das decisões do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul referente às ações de internação compulsória

Em um primeiro momento, foram coletados os dados quantitativos das decisões de segunda instância relacionadas às ações de internação compulsória na Comarca de origem de Lajeado. Assim, a Tabela 1 mostra que foram encontradas oitenta e uma decisões no período de 2014 a 2018. Contudo, apenas setenta e nove decisões foram analisadas, pois duas decisões se tratavam de ações criminais. Ressalta-se que o presente trabalho somente tratará das ações cíveis, cujo procedimento processual difere da ação criminal. Por essa razão, não serão analisadas as decisões referentes as ações criminais.

Tabela 1 - Quantidade de decisões de segunda instância por ano

Ano	Quantidade de decisões
2014	38
2015	25
2016	9
2017	6
2018	3
<b>Total</b>	<b>81</b>

Fonte: Da autora (2019).

Em seguida, foram verificados nas setenta e nove decisões quais eram os problemas apresentado pelo indicado à internação, isto é, qual era a condição atribuída ao indivíduo para a internação compulsória. Desse modo, a Tabela 2 demonstra que cinquenta e quatro decisões decorrem da condição do internado para tratamento contra a drogadição, sem especificar qual a droga em que o paciente é dependente; onze decisões decorrem da condição do alcoolismo; quatro decisões advêm para o tratamento contra o crack; duas decisões são relacionadas ao tratamento de doença mental: esquizofrenia e esquizofrenia paranoide e oito decisões não revelam a condição atribuída ao indicado à internação.

Tabela 2 – Problemas apresentados pelo indicado à internação

<b>Problemas apresentados pelo indicado à internação</b>	<b>Quantidade de decisões</b>
Tratamento contra a drogadição	54 (26 decisões do ano de 2014; 18 decisões do ano de 2015; 7 decisões do ano de 2016, 2 decisões do ano de 2017 e 1 decisão do ano de 2018);
Alcoolismo	11 (6 decisões do ano de 2014; 4 decisões do ano de 2015 e 1 decisão do ano de 2018);
Tratamento contra o uso de crack	4 (1 decisão do ano de 2014; 1 decisão do ano de 2015 e 2 decisões do ano de 2017);
Esquizofrenia paranoide	1 (1 decisão do ano de 2015)
Esquizofrenia	1 (1 decisão do ano de 2014)
Condição não revelada	8 (4 decisões do ano de 2014; 1 decisão do ano de 2015; 1 decisão do ano de 2016; 1 decisão do ano de 2017 e 1 decisão do ano de 2018)
<b>Total</b>	<b>79</b>

Fonte: Da autora (2019).

De acordo com a tabela abaixo (Tabela 3), cinquenta e oito das decisões analisadas não especificam o motivo da internação, doze acórdãos revelam o comportamento agressivo do indicado à internação com seus pais, exigindo-lhes dinheiro para adquirir drogas, não tendo a família condições de arcar com o tratamento. Além disso, três decisões informaram que o motivo da internação compulsória do indivíduo decorre do fato de o indivíduo atentar contra a própria saúde e de terceiros; uma decisão em razão do extremo descontrole; uma decisão apenas refere que a internação é necessária pelo uso de Crack; uma decisão devido ao risco que oferta à sua vida, por se descontrolar facilmente e por subtrair os pertences da residência; duas decisões em razão de problemas comportamentais decorrentes do uso de álcool e uma decisão em função do quadro de transtorno mental, caracterizado por alucinações visuais e auditivas, sinais de esquizofrenia.

Tabela 3 – Motivação da internação

Motivo da internação	Quantidade de decisões
Comportamento agressivo e possessivo com os pais, exigindo-lhes dinheiro para adquirir drogas e família não tem condições de arcar com tratamento	12
Não especifica	58
Atentado contra a própria saúde e de terceiros	3
Extremo descontrole	1
Usuária de crack	1
Risco a sua vida, descontrola facilmente e vem subtraindo os pertences da residência	1
Problemas comportamentais em razão do álcool, colocando em risco sua própria vida e a saúde da família	2
Quadro de transtorno mental, caracterizado por alucinações visuais e auditivas, sinais de esquizofrenia	1
<b>Total</b>	<b>79</b>

Fonte: Da autora (2019).

A Tabela 4 mostra os sujeitos que solicitaram a internação compulsória em primeira instância, sendo que cinquenta e cinco processos encontram-se sem informação de quem pediu a internação, vinte e três decisões citam que foi algum familiar e apenas uma decisão refere que o autor da ação foi o Ministério Público.

Tabela 4 – Sujeito que solicitou a internação compulsória em 1ª grau

Quem solicitou a internação compulsória em 1º grau	Quantidade de decisões
Família	23
Ministério Público	1
Poder Municipal	0
Poder Estadual	0

Continua

<b>Quem solicitou a internação compulsória em 1º grau</b>	<b>Quantidade de decisões</b>
Não menciona	55
<b>Total</b>	<b>79</b>

Fonte: Da autora (2019).

Conforme a Tabela 5, dentro do núcleo familiar, nove processos possuem como autora as mães; quatro processos têm como autor o pai; uma ação foi postulada pelos dois, mãe e pai; quatro processos foram interpostos pelos irmãos; cinco ações foram propostas pela esposa/marido/companheiro (a) e cinquenta e cinco processos não especificam quem ingressou com a ação de internação compulsória em primeiro grau.

Tabela 5 – Familiar que solicitou a internação compulsória em 1º grau

<b>Familiar</b>	<b>Quantidade de decisões</b>
Mãe	9
Pai	4
Mãe e Pai	1
Irmãos	4
Esposa/Marido/Companheiro (a)	5
Tia	0
Curador	0
Avós	0
Não especifica	55
<b>Total</b>	<b>78</b>

Fonte: Da autora (2019).

Em razão do tipo de recursos interpostos, constata-se na Tabela 6 que setenta e dois acórdãos decorreram de recurso de apelação; seis acórdãos de recurso adesivo; cinco acórdãos eram provenientes de agravo de instrumento e dois acórdãos resolveram um conflito de competência.

Tabela 6 – Tipo de recursos interpostos

<b>Tipos de recurso da decisão de primeiro grau</b>	<b>Quantidade de decisões</b>
Agravo de Instrumento	5
Apelação	72
Conflito de competência	2
Recurso Adesivo	6*
<b>Total</b>	<b>85</b>

Fonte: Da autora (2019).

Dos setenta e nove acórdãos analisados, a Tabela 7 demonstra que cinquenta e oito decisões foram provenientes de recursos interpostos pelo Município, sendo quarenta e nove recursos do Município de Lajeado; dois recursos do Município de Progresso; cinco recursos do Município de Cruzeiro do Sul; um recurso do Município de Santa Clara do Sul e um recurso do Município de Sério. Destaca-se ainda que outros treze recursos foram interpostos pelo Município em conjunto com outro demandante, sendo um pelo Município e Estado, um pelo Município, Estado e Familiar e onze pelo Município de Lajeado e familiar. Além disso, dois recursos foram propostos pelo Estado do Rio Grande do Sul, cinco recursos por um familiar do internado e uma decisão de conflito negativo de competência suscitada pela Vara da Infância e Juventude da Comarca de Lajeado.

Tabela 7 – Sujeito que recorreu da decisão de primeiro grau ou suscitou conflito de competência

<b>Quem recorreu da decisão de primeiro grau</b>	<b>Quantidade de decisões</b>
Município de Lajeado	49
Município de Progresso	2
Município de Cruzeiro do Sul	5
Município de Santa Clara do Sul	1

Continua

<b>Quem recorreu da decisão de primeiro grau</b>	<b>Quantidade de decisões</b>
Município de Sério	1
Estado (RS)	2
Município e Estado (RS)	1
Município, Estado (RS) e Familiar	1
Município de Lajeado e família	11
Ministério Público	0
Família	5
Vara da Infância e Juventude de Lajeado	1 (conflito de competência)
<b>Total</b>	<b>79</b>

Fonte: Da autora (2019).

Observa-se na Tabela 8 que sessenta e nove recursos dos Municípios são em razão de decisão de primeiro grau que deferiu a internação compulsória, um apenas decorre de decisão de antecipação de tutela que também deferiu a internação compulsória e um recurso adesivo suscitando a nulidade de citação.

Tabela 8 – Recursos dos Municípios

<b>Recursos do Municípios</b>	<b>Quantidade</b>
Contra decisão de primeiro grau deferindo a internação compulsória	69
Contra decisão de primeiro grau indeferindo a internação compulsória	0
Contra decisão de antecipação de tutela deferindo a internação compulsória	1
Contra decisão de antecipação de tutela indeferindo a internação compulsória	0
Conflito de competência	0
Nulidade de citação	1 (recurso adesivo)
<b>Total</b>	<b>71</b>

Fonte: Da autora (2019).

Em relação aos recursos interpostos pelo Estado do Rio Grande do Sul, constata-se na Tabela 9 que três são decorrentes das decisões de primeira instância que concederam a internação compulsória.

Tabela 9 – Recursos do Estado do Rio Grande do Sul

<b>Recursos do Estado</b>	<b>Quantidade</b>
Contra decisão de primeiro grau deferindo a internação compulsória	3
Contra decisão de primeiro grau indeferindo a internação compulsória	0
Contra decisão que incluiu o ERS no polo passivo do feito	0
Não consta a informação	0
<b>Total</b>	<b>3</b>

Fonte: Da autora (2019).

Por fim, a Tabela 10 demonstra que dos dezessete recursos interpostos por familiar do internado, doze tinham por objetivo a majoração dos honorários fixados em sentença de primeiro grau (sendo cinco recursos adesivos), um deles buscava a fixação de honorários de sucumbência, um deles alegava conflito de competência, um deles buscava reformar decisão que indeferiu pedido de bloqueio de valores para a internação em clínica particular, um dos recursos buscava reformar decisão que indeferiu a pretensão de internação do favorecido em clínica diversa da Central, localizada em Lajeado e um dos recursos buscava modificar a decisão que indeferiu a expedição de mandado de busca, apreensão e condução do autor para internação.

Tabela 10 – Recursos da família

<b>Recursos da família</b>	<b>Quantidade</b>
Contra decisão de primeiro grau deferindo a internação compulsória	0
Contra decisão de primeiro grau indeferindo a internação compulsória	0
Não consta a informação	0

Continua

<b>Recursos da família</b>	<b>Quantidade</b>
Majoração de honorários fixados em sentença	12 (5 são adesivo)
Fixação de honorários de sucumbência	1
Conflito de competência	1
Contra decisão que indeferiu pedido de bloqueio de valores para internação em clínica particular	1
Contra decisão que indeferiu pretensão de internação do favorecido em clínica diversa da central, situada em Lajeado	1
Contra decisão que indeferiu a expedição de mandado de busca, apreensão e condução do autor para internação	1
<b>Total</b>	<b>17</b>

Fonte: Da autora (2019).

Assim, os dados coletados na presente pesquisa revelam a importância e a repercussão que o instituto da internação compulsória tem ocasionado no Poder Judiciário, sendo essencial analisar as informações obtidas dos julgados para identificar as possíveis causas de diminuição dessas decisões e verificar a aplicação da Lei nº 10.216/2001 pelo Tribunal Superior Gaúcho (TJ/RS).

#### **4.3 Análise das decisões do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul referente às ações de internação compulsória na Comarca de origem de Lajeado/RS, no período de 2014 a 2018**

Observa-se na Tabela 1 que as decisões analisadas de segunda instância, provenientes do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, referente às ações de internação compulsória na Comarca de origem de Lajeado/RS, vêm diminuindo no decorrer do período de cinco anos. Verifica-se que houve uma redução de aproximadamente 92% das decisões, se comparar o número de julgados do ano de 2014 em relação ao ano de 2018. Essa redução ocorreu de forma gradativa, ou seja, foi diminuindo aos poucos, o que permite concluir que as ações de internação compulsória, especificadamente no âmbito do Tribunal de Justiça do

Rio Grande do Sul, têm desacelerado o fenômeno da Judicialização da Saúde. Além disso, essa redução gradual dos julgados revela que, possivelmente, houve causas ao longo desse período que contribuíram significativamente para esse fator.

Ao verificar o perfil do indivíduo indicado à internação, constatou-se que aproximadamente 87% dos julgados decorrem da condição de usuário de drogas. Dessa proporção, 68% das decisões não especificam o tipo de droga utilizada pelo usuário; 14% mencionam que o vício decorre do álcool e 5% citam que a dependência advém do uso de crack. Ressalta-se que apenas 3% dos julgados analisados revelam que a internação compulsória é necessária em razão de o indivíduo possuir algum transtorno mental. Portanto, percebe-se nesse momento que a maioria das decisões não especificam qual a droga que o indivíduo é dependente. Outrossim, constata-se que os usuários de drogas correspondem a maioria dos internados compulsoriamente, isto é, a internação compulsória prevista na Lei nº 10.216/2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos, tem sido mais utilizada para o tratamento de drogadição do que para o tratamento do indivíduo com transtorno mental.

Ao perceber na Tabela 3 que aproximadamente 73% dos julgados analisados não especificam o motivo da internação, pode-se concluir que esses acórdãos são técnicos e diretos, não transcrevendo informações básicas do processo de primeiro grau. Embora os acórdãos tendem a ser objetivos em razão do excessivo número de processos a ser julgados, da economia e da celeridade processual, convém ressaltar que constar o motivo da internação deveria ser o mínimo exigido ao reanalisar o mérito de uma ação de internação compulsória.

Além disso, 15% dos acórdãos mencionam que a medida é motivada em razão do comportamento agressivo e possessivo do internado com os pais, exigindo-lhes dinheiro para adquirir drogas, sendo que a família não tem condições de arcar com o tratamento. Desse modo, verifica-se nas decisões analisadas que o perfil do internado nem sempre condiz com a motivação. Apesar da maioria das decisões decorrerem do perfil do indivíduo de ser usuário de droga, parte delas são motivadas em razão da agressividade e do perigo contra a própria saúde e de terceiros.

Embora 70% dos julgados não mencionam e nem especificam quem foi o sujeito que solicitou a internação compulsória em primeiro grau, aproximadamente 30% revelam que foi um familiar, sendo que, dessa proporção, a maioria foi solicitada pela mãe do internado. Assim, logo se percebe uma preocupação por parte da família, em especial, das mães com seus filhos em situações de vulnerabilidade. Destaca-se que esses familiares que solicitam essa internação muitas vezes não procuram se isentar da responsabilidade de prestar os cuidados necessários ao internado compulsoriamente, mas não possuem condições de prestar esse auxílio de maneira efetiva, seja pelo esgotamento das medidas que poderia adotar, seja pelo desconhecimento de ações que realmente auxiliariam no tratamento, seja pela ausência de recursos financeiros.

Um usuário de drogas, por exemplo, não está doente, mas quando ele fica fora de si e perde a capacidade de autonomia, ele ingressa em um quadro psiquiátrico, perdendo o controle de suas ações, não conseguindo mais fazer suas escolhas. Nesse momento, ele acaba necessitando de ajuda externa. Desse modo, torna-se essencial as atividades realizadas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), destacadas no item 3.2 do segundo capítulo do presente trabalho, as quais buscam evitar as internações prolongadas que distanciam o contato entre o indivíduo com transtorno mental e sua família e elaboram uma estratégia de tratamento adequada tanto ao usuário quanto aos familiares envolvidos.

Outra questão importante de se mencionar ao analisar os dados das Tabelas 4 e 5, é de que a dependência química não afeta somente a esfera individual ou as famílias que possuem um parente nessas condições, mas possui implicações na coletividade, ou seja, em toda a sociedade. Assim, a internação compulsória é uma medida tanto para resguardar a segurança do dependente químico como para preservar a segurança da própria sociedade. Logo, o problema é de todos, sendo necessário uma compreensão maior acerca do tema e um olhar mais humanizado das pessoas por cada indivíduo que passa por isso, abrindo mão de qualquer julgamento moral, o qual não contribui em nada para a reinserção social do paciente em seu meio.

Outrossim, constata-se que, em geral, o Poder Público (Estado e Município) não foi autor em nenhum dos processos de internação compulsória analisados e que

o Ministério Público não atua, de maneira expressiva, nesse tipo de ação, uma vez que dos 79 acórdãos analisados, nenhum deles decorreu de recurso proposto pelo Órgão Ministerial.

Conforme extraído das Tabelas 6 e 7, 91% dos julgados são decorrentes de recurso de apelação, sendo que o Município de Lajeado é o grande recorrente das ações de internação compulsória. Apesar de recorrer com frequência nesse tipo de ação, o referido Município não se encontra como autor da ação em nenhum caso. Destaca-se que embora desconhecida a informação quanto ao motivo do ente Municipal recorrer na maioria dos casos de deferimento das ações de internação compulsória, observa-se que o Município continua utilizando teses que não são acolhidas pelos desembargadores nos acórdãos analisados nessa pesquisa.

Observa-se, ao analisar os acórdãos, que a tese de defesa mais utilizada pelo Município de Lajeado é a alegação de ser parte passiva ilegítima para figurar no polo passivo das demandas. Entretanto, essa argumentação não é acolhida pelos desembargadores do TJ/RS, uma vez que já está pacificado de que a responsabilidade dos entes federativos é solidária, podendo a parte autora demandar contra o ente que quiser, pois trata-se de obrigação prevista na Constituição Federal de 1988, no seu artigo 23, inciso II.

Além disso, verifica-se também que o Município de Lajeado alega sua indisponibilidade orçamentária para atender a demanda, o que também não foi acolhido nas decisões analisadas, sob o argumento de que o direito à vida se sobrepõe a qualquer outro valor, afastando o argumento de escassez de recursos. Como exemplo, menciona-se o acórdão analisado nº 70072527401 (Nº CNJ: 0016855-54.2017.8.21.7000) 2017/Cível.

Ademais, conforme constata-se na Tabela 10, do total de recursos propostos por um familiar do internado, 70% objetivam a majoração de honorários fixados em sentença, sendo que não há recurso contra decisão de primeiro grau que indeferiu a internação compulsória. Nesse sentido, se pode concluir que as pretensões dos autores que postulam a ação de internação compulsória em primeira instância foram todas atendidas nesse período de cinco anos, o que se presume que tem sido observado atentamente o disposto na Lei nº 10.216/01.

Desse modo, ao analisar os dados obtidos das decisões do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, referente as internações compulsórias na Comarca de origem de Lajeado/RS, se percebe que, em apenas cinco anos (2014 a 2018), a Lei nº 10.216/2001 tem sido utilizada em abundancia nas ações de internação compulsória de dependentes químicos. Além disso, contata-se uma ausência de responsabilidade por parte da sociedade como um todo, a qual possui um papel fundamental no processo da internação compulsória que busca proteger tanto a segurança individual do dependente químico como a segurança da própria sociedade. Também se destaca a necessidade de conscientização de que a medida de internação é a última medida a ser adotada, devendo todos os cidadãos contribuir para a reinserção social do internado. Outrossim, considerando que os julgados analisados foram reduzidos gradativamente ao longo do período de 2014 a 2018, torna-se necessário verificar as possíveis causas que contribuíram para esse fenômeno.

#### **4.4 Possíveis causas de diminuição das decisões do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul referente às ações de internação compulsória de origem na Comarca de Lajeado/RS, no período de 2014 a 2018**

Conforme verificado na tabela 1, nota-se que houve uma diminuição nos recursos das decisões de primeira instância, uma vez que no ano de 2014 havia trinta e oito acórdãos proferidos e em 2018 apenas três decisões. Nesse sentido, a partir da pesquisa realizada em bibliografias acerca do tema da internação compulsória em conjunto com a legislação vigente, cita-se possíveis causas que podem ter influenciado na redução da demanda no âmbito do TJ/RS.

Primeiramente, necessário destacar que uma das possíveis causas de diminuição gradativa dos julgados do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, referente às ações de internação compulsória, é o impacto constante da Reforma Psiquiátrica no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Esse movimento é caracterizado pela construção de uma rede de atenção à saúde mental, através do trabalho intensivo de equipes multidisciplinares que substitui o modelo da institucionalização dos manicômios. Além disso, a dimensão sócio-cultural da

Reforma Psiquiátrica, destacada no segundo capítulo do presente trabalho, torna-se fator essencial para a diminuição das decisões, uma vez que estabelece as conexões entre os indivíduos que possuem transtorno mental com sociedade, buscando alternativas de tratamento onde se visa um espaço que trate da reinserção do sujeito à sociedade de forma conjunta com a família, esgotando todos os meios extra hospitalares para considerar a internação como medida de tratamento.

Além disso, a Reforma Psiquiátrica serviu de base para o desenvolvimento da Lei nº 10.216/2001, a qual também é causa de diminuição das decisões do TJ/RS, uma vez que veio para garantir os direitos e oferecer um tratamento humanizado aos indivíduos com transtornos mentais. Apesar de a legislação referida ser do ano de 2001, ela tem seus efeitos e reflexos repercutidos no ordenamento jurídico atual. Um dos fatores dessa Lei que atua como uma das causas de diminuição dos julgados é o fato dela estabelecer que a internação compulsória deve ser utilizada como medida excepcional, sendo necessário verificar primeiramente se não é caso de tratamento ambulatorial e se não é caso de internação voluntária ou involuntária.

Outrossim, a Lei nº 10.216/01 determinou no seu artigo 9º que deve ser avaliado pelo Juiz a motivação da internação que busca garantir a segurança do paciente em caso de crises ou surtos, causando risco para si mesmo e para terceiros. Assim, não preenchendo os requisitos da internação compulsória determinado na lei ou entendendo o Juiz que se trata de internação viável na via administrativa, o processo não seguirá adiante.

Ademais, a efetivação dos direitos da pessoa com transtorno mental, previstos no artigo 2º da Lei nº 10.216/2001, também pode ser considerada como uma das possíveis causas de diminuição dos julgados. Observa-se que esses direitos foram adquiridos ao longo dos anos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, possibilitando que as pessoas com transtornos mentais tenham acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, sejam tratadas com humanidade, respeito e sejam protegidas contra qualquer forma de abuso e exploração. Embora esses direitos tenham surgido no contexto da Reforma Psiquiátrica, é necessário ressaltar que por muitos anos o Brasil teve como referência de tratamento do doente mental o modelo manicomial. Assim, esse novo modelo assistencial em saúde

mental que visa a desinstitucionalização tem percorrido um longo caminho, refletindo seus efeitos hoje. Assim, ao longo do marco temporal utilizado na pesquisa (2014 a 2018), é bem provável que os direitos da pessoa com transtorno mental têm influenciado no nº de demandas de internação compulsória.

Outra possível causa de diminuição das decisões do TJ/RS quanto às ações de internação compulsória é eficácia das medidas públicas realizadas pelo SUS através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que promove às pessoas com transtornos mentais uma assistência integral que seja segura, humanizada e eficaz, possibilitando um tratamento contínuo. Nesse sentido, em 2017 houve mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, através da Portaria nº 3.588/2017.

A Portaria nº 3.588/2017 alterou as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e estabeleceu outras providências. Dentre essas, instituiu a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental que têm por objetivo prestar atenção multiprofissional em saúde mental, cuidando das necessidades de atendimento especializado, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde, amparada nos comandos da Lei nº 10.216 de 2001.

Além disso, destaca-se a atuação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, serviço de saúde disponibilizado pelo SUS, que visa o cuidado intensivo do doente mental/usuário de drogas, evitando as internações prolongadas que distanciam o contato entre o internado e sua família. Tratando-se da atuação do CAPS, destaca-se que a resolução nº 655/2014 – CIB/RS, instituiu o Plano de Ação Estadual da Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul para o período de 2013-2015, o qual reuniu uma série de ações de ampliação do acesso e da qualidade do cuidado em saúde mental, pactuadas nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) das trinta regiões de saúde do estado, incluindo o Município de Lajeado/RS. Ainda em relação ao CAPS, destaca-se que são serviços de saúde municipais, abertos à comunidade, que objetivam atender as pessoas com transtornos mentais, incluindo os indivíduos com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

No município de Lajeado, o CAPS possibilita estimular a integração dessas pessoas com a família e a comunidades através de ações de programas sociais e acompanhamento individualizado e específico para cada paciente, o qual possui um terapeuta de referência que vai acompanhar todo tratamento, criando uma relação de confiança. Além disso, o terapeuta vai realizar o Projeto Terapêutico Singular que corresponde a diversas atividades e terapias para o paciente dentro do CAPS como, por exemplo: oficinas terapêuticas, consultas médicas, entre outras. Conforme determinado na Portaria 336/2002, há três níveis de tratamento: intensivo, semi intensivo e não intensivo. O tratamento intensivo é um auxílio diário para indivíduos com graves transtornos psíquicos e com dificuldade de se relacionar, sendo que os atendimentos, muitas vezes, necessitam ser realizados em domicílio, devido a agressividade desses pacientes. O tratamento semi intensivo estabelece que os pacientes podem ser atendidos até doze vezes em um mês e já apresentam melhoras, necessitando apenas de acompanhamento devido as dificuldades de se relacionarem. Já o tratamento não intensivo é para aqueles pacientes que não necessitam de um atendimento contínuo e podem ser atendidos até três vezes em um mês.

Desse modo, destaca-se que o Município de Lajeado/RS conta com três Centros de Atenção Psicossocial, quais sejam, o CAPS Adulto, CAPS Infantil e CAPS AD que desenvolvem diversas atividades, dentre elas destacam-se: tratamento médico, atendimento psicoterápico, atividades comunitárias, orientação, desintoxicação ambulatorial e visitas domiciliares. Assim, todas essas atividades podem contribuir para a diminuição dos julgados, uma vez que compete ao CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios, possibilitando encontrar alternativas antes de se estabelecer a medida de internação.

Além disso, uma das possíveis causas de diminuição dos julgados pode decorrer de o Município ter deixado de recorrer com frequência nas ações de internação compulsória em razão do entendimento pacificado da responsabilidade solidária entre os entes federados, uma vez que ele alegava sempre como tese defensiva a ilegitimidade passiva, a qual era reiteradamente desacolhida pelo TJ/RS.

Por fim, outra causa fundamental que possivelmente contribuiu para a diminuição dos julgados está relacionada ao Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), o qual é de 06 de julho de 2015 e define, em seu artigo 2º, que pessoa com deficiência é aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial.

Anteriormente a criação desse Estatuto, verifica-se que a Lei nº 10.216/2001, em seu artigo 1º, já procurou assegurar os direitos e proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. Embora a Lei da Reforma Psiquiátrica já tenha previsto em seus artigos algumas formas de proteção e os direitos à pessoa com deficiência, o Estatuto assegurou o exercício das liberdades fundamentais pelas pessoas com deficiência, buscando essencialmente a sua inclusão social e cidadania.

Nesse sentido, o Estatuto da Pessoa com Deficiência previu em seu artigo 11 que a pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada. Ou seja, a pessoa com deficiência não vai ser coagida a se submeter às internações, sendo respeitado a sua autonomia. Portanto, a previsão do artigo 11 da Lei nº 13.146/2015 é um elemento e uma possível causa de influência na diminuição dos julgados referentes à internação compulsória, uma vez que, o deficiente não é obrigado a se submeter à essa medida.

Cumprе ressaltar que nem sempre a condição de deficiente vai afastar a capacidade de entendimento e de manifestar livremente sua vontade. Por isso, o artigo 12 do Estatuto estabelece a importância do consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa com deficiência, tornando-o indispensável na realização de tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica. Logo, se percebe que se há necessidade de consentimento, não está se tratando mais de internação compulsória nem involuntária.

Outro fator importante que poderá influenciar na demanda ou regular em legislação específica as internações de dependentes químicos é a criação da Lei nº 13.840/2019, recentemente sancionada pelo Presidente Jair Bolsonaro em 05 de junho de 2019. Essa legislação entrou em vigor a partir da data de sua publicação no Diário Oficial da União em 06 de junho de 2019 e alterou o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, o qual é responsável por coordenar medidas relacionadas à prevenção do uso de psicoativos, à atenção à saúde de usuários e à repressão ao tráfico.

Especialmente quanto ao tratamento do usuário ou dependente de drogas, a recente Lei nº 13.840/2019 estabelece em seu artigo 23-A que ele deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social e em etapas. Além disso, a referida Lei, em seu artigo 23-A, §4º e §5º, prevê dois tipos de internação: a voluntária e a involuntária, sendo que essa última somente poderá ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável e dependerá da avaliação sobre o tipo de droga, o padrão de uso e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde, sendo que o dependente químico poderá ficar internado involuntariamente por até 90 dias para desintoxicação.

Portanto, não há dúvidas quanto a importância dos dados colhidos na pesquisa dos julgados do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, referente às ações de internação compulsória da Comarca de origem de Lajeado, no período de 2014 a 2018. Essa importância advém da repercussão do instituto da internação compulsória no Poder Judiciário, pois é um tema que envolve diversas discussões, principalmente em razão de ser uma medida determinada pela Justiça, sem o consentimento do usuário.

Assim, ao analisar individualmente esses dados, foi possível identificar as possíveis causas de influência na diminuição dessas decisões, bem como verificar os fatores que tem sido constante nos acórdãos do Tribunal Gaúcho. Em relação as possíveis causas de diminuição, não há como mensurar o impacto da Reforma

Psiquiátrica na saúde mental, mas se destacou as suas consequências, como a criação da Lei nº 10.216/01, o surgimento da RAPS e dos CAPS, a efetivação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, entre outras. Nesse sentido, ainda se especificou as atividades desenvolvidas pelos três Centros de Atenção Psicossocial do Município de Lajeado, bem como se destacou a relevância do artigo 11 do Estatuto da Pessoa com Deficiência.

## 5 CONCLUSÃO

O direito à saúde, assegurado na Constituição Federal como um direito social e fundamental, busca garantir uma vida digna a todos os indivíduos, possuindo caráter universal, ou seja, é um direito que deve estar disponível e acessível a todos. Além disso, o artigo 196 da CF estabelece que a saúde é um dever do Estado, devendo este atender e amparar as necessidades de todos aqueles que necessitam desse bem-jurídico imensurável.

Apesar desse direito possuir caráter universal e estar previsto na CF/88 como um direito fundamental e social, nos últimos tempos, ele não tem sido fornecido a todos os cidadãos de maneira justa e igualitária. Assim, a saúde acaba sendo objeto de ações judiciais, onde os demandantes buscam garantir a efetividade desse direito. Essas ações tem sido alvo de um movimento jurídico denominado como “judicialização da saúde”.

Assim, considerando que a saúde não busca somente o bem-estar físico do indivíduo, mas também o bem-estar mental, o presente trabalho limitou-se a tratar da saúde mental e seus desdobramentos, especificadamente, no que diz respeito às ações de internação compulsória da Comarca de Lajeado, no período de cinco anos, de 2014 a 2018.

Portanto, esta monografia objetivou analisar os fatores que tem contribuído para o aumento/diminuição das ações de internação compulsória na Comarca de Lajeado/RS, no período de 2014 a 2018.

Assim, no decorrer das pesquisas realizadas, restou evidenciado que houve uma diminuição nos recursos das decisões das ações de internação compulsória de primeira instância, na comarca de origem de Lajeado, no período de 2014 a 2018.

Isso posto, o capítulo inicial desta monografia abordou noções de direito à saúde e suas conexões com o direito à vida, com o princípio da dignidade da pessoa humana, com o direito à liberdade, à igualdade, ao princípio da proporcionalidade e com o direito à integridade física e psíquica. Assim, a partir das pesquisas bibliográficas realizadas, concluiu-se que, para tornar efetivo o disposto no artigo 196 da CF, torna-se necessário a compreensão dos demais princípios e direitos fundamentais.

Ao tratar do princípio da dignidade da pessoa humana, constatou-se que tal princípio é um valor-guia, o qual propaga seus efeitos em todo o ordenamento jurídico. Além disso, está intimamente ligado aos direitos e garantias fundamentais, uma vez que um indivíduo tem sua dignidade garantida quando é assegurado a ele o direito à saúde, assim como sem vida, não há pessoa e, sem pessoa, não há dignidade.

Em relação ao direito fundamental da vida, verificou-se que, sem ele, não há possibilidade de usufruir de outros direitos e quando está diante da ausência de previsão de um direito à saúde, o direito à vida é acionado para buscar o reconhecimento dessa obrigação.

Quanto o direito à integridade física e psíquica, analisou-se que, por proteger tanto a esfera corporal como a esfera psíquica, torna-se um elemento constituinte da saúde, principalmente também por zelar por um completo bem-estar físico e mental.

Por fim, tratou-se de verificar as conexões do direito à saúde com o direito de liberdade, com o direito à igualdade e com o princípio da proporcionalidade, concluindo-se que, respectivamente, asseguram a autonomia do indivíduo, a igualdade na promoção, proteção e recuperação nos serviços de saúde e mantém um equilíbrio entre a finalidade almejada e os meios necessários para a sua obtenção.

O segundo capítulo, por sua vez, discorreu acerca da saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, na atuação do Sistema Único de Saúde, nos aspectos da Lei nº 10.216/2001 e nas modalidades de internação. Ainda, o capítulo relatou acerca do excesso de ações judiciais no âmbito da saúde. Nesse sentido, constatou-se a importância da Reforma Psiquiátrica para a desconstrução do antigo modelo de assistência mental e para a criação de um modelo que garantisse os direitos humanos dos indivíduos. Também, em meio ao movimento, destacou-se o surgimento da Lei nº 10.216/2001 que redirecionou a assistência em saúde mental e estabeleceu a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Concluiu-se também pela importância do SUS para a promoção de ações voltadas à atenção básica, através dos Centros de Atenção Psicossocial, oferecendo serviços que substituem o antigo modelo manicomial, visando a desinstitucionalização dos indivíduos com transtorno mental para oferecer atendimentos e estruturas que busquem o seu retorno à sociedade.

Além disso, verificou-se os desdobramentos da Lei nº 10.216/2001 e seus efeitos jurídicos, juntamente com as modalidades de internações previstas na referida legislação, em especial, a internação compulsória que decorre de determinação judicial. Assim, a ação de internação compulsória, de modo geral, tem sido um dos processos no âmbito da saúde que tem influenciado no movimento da judicialização da saúde, uma vez que, conforme busca realizada no site do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, há mais 10.900 acórdãos para a pesquisa utilizando somente o termo “internação compulsória” (número de decisões obtidas da pesquisa realizada no site do Tribunal de Justiça/RS em 06 de maio de 2019).

Por derradeiro, o terceiro capítulo foi desenvolvido a partir da pesquisa e análise das decisões disponíveis no site do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, referente às ações de internação compulsória, na Comarca de origem de Lajeado, no período de 2014 a 2018. Durante a pesquisa, foram observados os seguintes fatores: a quantidade de decisões de segunda instância das ações de internação compulsória por ano, de 2014 a 2018; a condição atribuída ao indicado à internação; o motivo da internação; os sujeitos que solicitavam a internação compulsória no primeiro grau; o parentesco do familiar que solicitava a internação compulsória; o tipo de recurso interposto nas ações de internação

compulsória; o sujeito que recorria da decisão de primeiro grau ou que suscitava conflito de competência nas ações de internação compulsória e a motivação dos recursos interpostos pelo Município, Estado e Autor.

Para tanto, a busca de decisões jurisprudenciais se deu no sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, sendo que a procura das decisões ocorreu em campo próprio destinado a pesquisa jurisprudencial, utilizando-se o termo “internação compulsória” e os filtros da Comarca de origem de Lajeado e a data de julgamento, utilizando sempre o primeiro dia e o último dia do ano, no período de 2014 a 2018. Ressalta-se que o presente trabalho somente tratou das ações cíveis, cujo procedimento processual difere da ação criminal.

Da pesquisa jurisprudencial, verificou-se que a internação compulsória prevista na Lei nº 10.216/2001, tem sido utilizada na grande maioria para o tratamento de drogadição. Além disso, grande parte das decisões não especificaram qual a droga que o indivíduo é dependente.

Também se constatou que a maioria das decisões não especificaram o motivo da internação, demonstrando que os acórdãos são técnicos e diretos. Das decisões que apresentaram motivação, a maioria são derivadas da condição do internado ser usuário de drogas, as quais destacavam o comportamento agressivo e possessivo do internado com os pais, exigindo-lhes dinheiro para adquirir drogas. Mencionaram juntamente com o comportamento agressivo que a família não teria condições de arcar com o tratamento.

Quanto aos sujeitos que solicitaram a internação compulsória em primeira instância, constatou-se que o Poder Público (Estado e Município) não foi autor em nenhum dos processos de internação compulsória analisados e que o Ministério Público não atuou, de maneira expressiva, nessas ações.

Outrossim, concluiu-se pela importância das atividades realizadas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), destacadas no item 3.2 do segundo capítulo do presente trabalho, as quais buscam evitar as internações prolongadas que distanciam o contato entre o indivíduo com transtorno mental e sua família. As atividades do CAPS foram consideradas relevantes, pois mantêm a participação da família no tratamento, tendo a pesquisa revelado que dos familiares que

ingressaram com a ação compulsória em primeiro grau, nove processos identificaram as mães como autoras, quatro processos identificaram o pai como autor, quatro processos foram interpostos pelos irmãos dos internados e cinco ações foram propostas pela esposa/marido/companheiro (a).

A pesquisa observou também que a maioria das decisões de segundo grau foram oriundas de recurso de apelação e que o Município de Lajeado é o grande recorrente nas ações que são objeto deste trabalho.

Analisando-se às decisões utilizadas no estudo, infere-se que a tese de defesa mais utilizada pelo Município de Lajeado é a alegação de ser parte passiva ilegítima para figurar no polo passivo das demandas. Entretanto, essa argumentação não foi acolhida nas decisões analisadas e proferidas pelos desembargadores do TJ/RS, uma vez que já está pacificado de que a responsabilidade dos entes federativos é solidária, podendo a parte autora demandar contra o ente que quiser, tratando-se de obrigação prevista na Constituição Federal de 1988, no seu artigo 23, inciso II. Além disso, verifica-se que o Município de Lajeado alegou em defesa sua indisponibilidade orçamentária para atender a demanda, o que também não foi acolhido nas decisões analisadas, sob o argumento de que o direito à vida se sobrepõe a qualquer outro valor, afastando o argumento de escassez de recursos.

Ante o exposto, no decorrer desta monografia é possível concluir que as decisões analisadas de segunda instância, provenientes do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, referente às ações de internação compulsória de origem na Comarca de Lajeado/RS, foram diminuindo com o passar dos anos de 2014 a 2018. Assim, destacou-se possíveis causas que podem ter contribuído para essa diminuição, quais sejam: o impacto constante da Reforma Psiquiátrica no campo da saúde mental e atenção psicossocial, a qual procura estabelecer conexões entre os indivíduos que possuem transtorno mental com sociedade para a efetiva reinserção social do paciente; o desenvolvimento da Lei nº 10.216/2001 que veio para garantir os direitos e oferecer um tratamento humanizado aos indivíduos com transtornos mentais; a efetivação dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental, previstos no artigo 2º da Lei nº 10.216/2001; a eficácia das medidas públicas realizadas pelo SUS através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que promove uma assistência integral às pessoas com transtornos mentais

que seja segura, humanizada e eficaz, possibilitando um tratamento contínuo; a atuação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que visam o cuidado intensivo do doente mental/usuário de drogas, evitando as internações prolongadas que distanciam o contato entre o internado e sua família, em especial a atuação dos CAPS no Município de Lajeado/RS; a possibilidade de o Município ter deixado de recorrer com frequência nas ações de internação compulsória em razão do entendimento pacificado da responsabilidade solidária entre os entes federados e, por fim, a previsão do artigo 11 do Estatuto da Pessoa com Deficiência que estabelece que a pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 12. ed. São Paulo: Editora Geração Editorial, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 17 abr. 2019.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 30 mar. 2019.

BRASIL. Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm)>. Acesso em: 8 jun. 2019.

BRASIL. Lei n. 13.105, de 16 de março de 2015. **Código de Processo Civil**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm)>. Acesso em: 8 jun. 2019.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm)>. Acesso em: 27 mai. 2019.

BRASIL. Lei n. 13.840, de 05 de junho de 2019. Altera as Leis n<sup>os</sup> 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei n<sup>os</sup> 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1<sup>o</sup> de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de

Políticas Públicas sobre Drogas...Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm)>. Acesso em: 8 jun. 2019.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 3 abr. 2019.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 8 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos. 2018.** Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em: 13 maio. 2019

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. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15 anos Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf)>. Acesso em: 01 Abr. 2019.

BRASIL. Ministério Público Federal e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Cartilha Direito à saúde mental.** Brasília, p. 12-35, 2012. Disponível em:  
<[http://www.mpdf.mp.br/saude/images/saude\\_mental/cartilha-saude-mental-2012.pdf](http://www.mpdf.mp.br/saude/images/saude_mental/cartilha-saude-mental-2012.pdf)>. Acesso em: 13 maio. 2019.

BRITO, Emanuele S; VENTURA, C. Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira. **Revista de Direito Sanitário**, v. 13, n. 2, p. 41-63, 28 out. 2012

BRITTO, Renata C. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental.** 2004. 210 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, set. 2004. Disponível em: <<https://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/brittorcm.pdf>>. Acesso em: 02 Abr. 2019.

BUCCI, Maria P. D.; DUARTE, Clarice S. **Judicialização da Saúde. A visão do Poder Executivo.** São Paulo: Editora Saraiva, 2017.

CANOTILHO, J.J. Gomes; MENDES, Gilmar F.; SARLET, Ingo W.; STRECK, Lenio L. **Comentários à Constituição do Brasil.** São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013.

CHAVES, Bruna L. T. I. **Desjudicialização da saúde a partir de diretrizes para os administradores públicos considerando o enunciado nº 03 de I Jornada de**

**Direito da saúde.** 2018. 76 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) – Instituto Brasiliense de Direito Público, Brasília, 2018. Disponível em: <[http://dspace.idp.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2444/Dissertac%C3%A7%C3%A3o\\_Bruna%20Let%C3%ADcia%20Teixeira%20Ibiapina%20Chaves\\_ADMINISTRA%C3%87%C3%83O%20P%C3%9ABLICA\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.idp.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2444/Dissertac%C3%A7%C3%A3o_Bruna%20Let%C3%ADcia%20Teixeira%20Ibiapina%20Chaves_ADMINISTRA%C3%87%C3%83O%20P%C3%9ABLICA_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 14 ago. 2018.

CHIMENTI, Ricardo C.; CAPEZ, Fernando; ROSA, Mario F. E. E; SANTOS, Marisa F. dos. **Curso de Direito Constitucional.** 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Regulamentação dos serviços de saúde mental no Brasil.** Brasília, 2013. Disponível em: <[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Saude\\_mental.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Saude_mental.pdf)>. Acesso em: 07 jun. 2019.

DINIZ, Maria H. **O Estado atual do biodireito.** 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

FIORILLO, Celso A. P. **O direito de Antena em face do direito ambiental no Brasil.** São Paulo: Saraiva, 2000.

FOUCAULT, Michel, 1926-1984. **História da Loucura:** na idade clássica / Michel Foucault; (tradução José Teixeira Coelho Neto). São Paulo: Editora Perspectiva, 2014.

FRANÇA, Genival. **Internação Compulsória do Dependente Químico: Violação do Direito à liberdade ou proteção do direito à vida.** São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/Juridica/article/view/3066/2828>>. Acesso em: 01 abril. 2019.

GONÇALVES A. M; SENA R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2001, p. 48-55. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>>. Acesso em: 23 março. 2019.

LEITE, Carlos H. B. **Direitos Humanos.** 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado.** 19. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

LOPES, A. C.; LIMA, C. A. A.; SANTORO, L. F. **Eutanásia, Ortonásia e Distanásia: Aspectos médicos e jurídicos.** Editora Atheneu; São Paulo; Rio de Janeiro; Belo Horizonte; 2012.

MAPELLI JUNIOR, Reynaldo. **Judicialização da Saúde: regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública.** Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2017.

MARTINS, Priscila M. A internação psiquiátrica como forma de tratamento do dependente de drogas ilícitas à luz do princípio da proporcionalidade. **Revista Jurídica do Ministério Público Catarinense**, Santa Catarina, v. 13, n. 28, p. 219-

242, 28 maio. 2018. Disponível em:  
<<https://seer.mpsc.mp.br/index.php/atuacao/article/view/11>>. Acesso em: 02 Abr. 2019.

MASSON, Nathalia. **Manual de Direito Constitucional**. 4. ed. Salvador: JusPODIVM, 2016.

MELO, Anastacia da C. Apontamentos sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Santa Catarina, v. 4, n. 10, p. 201-213, 2012. Disponível em:  
<<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2358/2860>>. Acesso em: 01 Abr. 2019.

MENDES, Gilmar F.; BRANCO, Paulo G. G. **Curso de Direito Constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

MENDONÇA, Andrey de; CARVALHO, Paulo R. de. **Lei de Drogas – Comentada – artigo por artigo**. 3. ed. São Paulo: Editora Método, 2013. E-book. Disponível em:  
<<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-309-4559-6/recent>>. Acesso em 02 abril. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 14 mai. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>. Acesso em: 8 jun. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>. Acesso em: 8 jun. 2019.

MORAES, Alexandre de. **Constituição do Brasil Interpretada e Legislação Constitucional**. São Paulo: Atlas, 2006.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

NAKAYAMA, Bruna T. S. **O direito à saúde mental das pessoas sob medicação de segurança na perspectiva dos aplicadores da lei**. 2016. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, set. 2016. Disponível em:  
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-24012017-153724/pt-br.php>>. Acesso em 02 Abr. 2019.

NAMBA, Edison T. **Manual de Bioética e Biodireito**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

NUNES, Rizzato. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

PAULA, Jonatas D.; VALE, Guilherme A. Legislação e Políticas Antidrogas. **Caderno da Escola Técnica Aberta do Brasil**, Curitiba, p. 13-260, 2012. Disponível em <<http://proedu.rnp.br/bitstream/handle/123456789/1412/Legislacao%20e%20Politicass%20Antidrogas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 06 jun. 2019

PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

RAMALDES, Carla A. da S. **Internação compulsória: a luta antimanicomial versus a lei**. 2015. 41 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/11761>>. Acesso em: 02 Maio. 2019.

RAMOS, André de C. **Curso de Direitos Humanos**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

RAMOS, André de C. **Curso de Direitos Humanos**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento n.º70059140921, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Liselena Schifino Robles Ribeiro. Porto Alegre, 31 mar. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento n.º 70062978192, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Sandra Brisolará Medeiros. Porto Alegre, 18 dez. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento n.º 70062978192, da 1ª Câmara Cível. Relator: Newton Luís Medeiros Fabrício. Porto Alegre, 11 dez. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento n.º 70062978192, da 7ª Câmara Cível. Relator: Sérgio Fernando de Vasconcellos Chaves. Porto Alegre, 25 mar. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento n.º 70079576708, da 8ª Câmara Cível. Relator: Ricardo Moreira Lins Pastl. Porto Alegre, 13 dez. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70054788906, da 8ª Câmara Cível. Relator: Alzir Felipe Schmitz. Porto Alegre, 08 mai. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70056204035, da 8ª Câmara Cível. Relator: Luiz Felipe Brasil Santos. Porto Alegre, 05 jun. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70057455586, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Sandra Brisolara Medeiros. Porto Alegre, 15 jan. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70058041443, da 8ª Câmara Cível. Relator: Alzir Felipe Schmitz. Porto Alegre, 26 jun. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70058505306, da 8ª Câmara Cível. Relator: Alzir Felipe Schmitz. Porto Alegre, 26 jun. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70058506619, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Liselena Schifino Robles Ribeiro. Porto Alegre, 21 fev. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70058506734, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Liselena Schifino Robles Ribeiro. Porto Alegre, 21 fev. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70058551268, da 8ª Câmara Cível. Relator: Alzir Felipe Schmitz. Porto Alegre, 26 jun. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70058565987, da 8ª Câmara Cível. Relator: Alzir Felipe Schmitz. Porto Alegre, 26 jun. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70058566043, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Liselena Schifino Robles Ribeiro. Porto Alegre, 19 fev. 2014. RIO

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70059050963, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Sandra Brisolara Medeiros. Porto Alegre, 09 abr. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70059802157, da 7ª Câmara Cível. Relator: Sérgio Fernando de Vasconcellos Chaves. Porto Alegre, 11 jun. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70059803197, da 8ª Câmara Cível. Relator: Alzir Felipe Schmitz. Porto Alegre, 26 jun. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70060139367, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Liselena Schifino Robles Ribeiro. Porto Alegre, 11 jun. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70060145604, da 8ª Câmara Cível. Relator: Ricardo Moreira Lins Pastl. Porto Alegre, 21 ago. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70060254455, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Liselena Schifino Robles Ribeiro. Porto Alegre, 13 jun. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70060512878, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Liselena Schifino Robles Ribeiro. Porto Alegre, 09 jul. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70060512936, da 8ª Câmara Cível. Relator: Ricardo Moreira Lins Pastl. Porto Alegre, 21 ago. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70060513025, da 7ª Câmara Cível. Relator: Jorge Luís Dall'Agnol. Porto Alegre, 27 ago. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70060864212, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Liselena Schifino Robles Ribeiro. Porto Alegre, 29 jul. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70060879475, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Liselena Schifino Robles Ribeiro. Porto Alegre, 31 jul. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70061038253, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Sandra Brisolara Medeiros. Porto Alegre, 05 nov. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70061038774, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Liselena Schifino Robles Ribeiro. Porto Alegre, 08 ago. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70061040416, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Sandra Brisolara Medeiros. Porto Alegre, 21 ago. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70061041521, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Sandra Brisolara Medeiros. Porto Alegre, 15 ago. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70061254470, da 7ª Câmara Cível. Relator: Sérgio Fernando de Vasconcellos Chaves. Porto Alegre, 01 set. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70061254603, da 7ª Câmara Cível. Relator: Jorge Luís Dall'Agnol. Porto Alegre, 24 set. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70061411518, da 7ª Câmara Cível. Relator: Jorge Luís Dall'Agnol. Porto Alegre, 24 set. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70061414256, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Liselena Schifino Robles Ribeiro. Porto Alegre, 02 set. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70061442349, da 8ª Câmara Cível. Relator: Rui Portanova. Porto Alegre, 30 out. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70061913695, da 8ª Câmara Cível. Relator: Ricardo Moreira Lins Pastl. Porto Alegre, 20 nov. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º70061926978, da 8ª Câmara Cível. Relator: Ricardo Moreira Lins Pastl. Porto Alegre, 20 nov. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70062099833, da 7ª Câmara Cível. Relator: Sérgio Fernando de Vasconcellos Chaves. Porto Alegre, 05 nov. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70061915773, da 8ª Câmara Cível. Relator: Ricardo Moreira Lins Pastl. Porto Alegre, 18 jun. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70062099890, da 7ª Câmara Cível. Relator: Relator: Jorge Luís Dall'Agnol. Porto Alegre, 26 nov. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70062100029, da 8ª Câmara Cível. Relator: José Pedro de Oliveira Eckert. Porto Alegre, 11 dez. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70062637178, da 8ª Câmara Cível. Relator: José Pedro de Oliveira Eckert. Porto Alegre, 12 fev. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70063026041, da 8ª Câmara Cível. Relator: Ricardo Moreira Lins Pastl. Porto Alegre, 05 mar. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70063350938, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Sandra Brisolara Medeiros. Porto Alegre, 06 abr. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70063507842, da 7ª Câmara Cível. Relator: Jorge Luís Dall'Agnol. Porto Alegre, 27 mai. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70063507925, da 8ª Câmara Cível. Relator: Luiz Felipe Brasil Santos. Porto Alegre, 09 abr. 2015

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70063646814, da 7ª Câmara Cível. Relator: Jorge Luís Dall'Agnol. Porto Alegre, 01 jun. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70063978563, da 7ª Câmara Cível. Relator: Jorge Luís Dall'Agnol. Porto Alegre, 24 jun. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70065651804, da 7ª Câmara Cível. Relator: Jorge Luís Dall'Agnol. Porto Alegre, 04 nov. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70065651804, da 2ª Câmara Cível. Relatora: Laura Louzada Jaccottet. Porto Alegre, 21 set. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70065846727, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Sandra Brisolara Medeiros. Porto Alegre, 26 ago. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70065944340, da 8ª Câmara Cível. Relatora: Liselena Schifino Robles Ribeiro. Porto Alegre, 10 ago. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70066387739, da 8ª Câmara Cível. Relator: José Pedro de Oliveira Eckert. Porto Alegre, 12 nov. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70066607060, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Sandra Brisolara Medeiros. Porto Alegre, 02 dez. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70066834466, da 7ª Câmara Cível. Relator: Sérgio Fernando de Vasconcellos Chaves. Porto Alegre, 16 nov. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70066890591, da 8ª Câmara Cível. Relator: Ricardo Moreira Lins Pastl. Porto Alegre, 26 nov. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70067349365, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Liselena Schifino Robles Ribeiro. Porto Alegre, 18 nov. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70067349993, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Liselena Schifino Robles Ribeiro. Porto Alegre, 18 nov. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70067351445, da 8ª Câmara Cível. Relator: Ivan Leomar Bruxel. Porto Alegre, 01 dez. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70067503607, da 8ª Câmara Cível. Relator: José Pedro de Oliveira Eckert. Porto Alegre, 16 dez. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70068439967, da 8ª Câmara Cível. Relator: Rui Portanova. Porto Alegre, 16 jun. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70069226751, da 8ª Câmara Cível. Relator: Ricardo Moreira Lins Pastl. Porto Alegre, 16 jun. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70069508562, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Sandra Brisolara Medeiros. Porto Alegre, 27 jul. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70071522361, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Sandra Brisolara Medeiros. Porto Alegre, 14 jun. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70076109107, da 8ª Câmara Cível. Relator: Rui Portanova. Porto Alegre, 08 mar. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70062658570, da 8ª Câmara Cível. Relator: Luiz Felipe Brasil Santos. Porto Alegre, 20 fev. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70062659065, da 8ª Câmara Cível. Relatora: Sandra Brisolara Medeiros. Porto Alegre, 13 abr. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70063983274, da 8ª Câmara Cível. Relator: Jorge Luís Dall'Agnol. Porto Alegre, 07 mai. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70065168593, da 8ª Câmara Cível. Relator: Ricardo Moreira Lins Pastl. Porto Alegre, 20 ago. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70066044959, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Sandra Brisolará Medeiros. Porto Alegre, 30 set. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70067351312, da 8ª Câmara Cível. Relator: Luiz Felipe Brasil Santos. Porto Alegre, 04 fev. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70067351361, da 7ª Câmara Cível. Relator: Jorge Luís Dall'Agnol. Porto Alegre, 24 fev. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70067503482, da 7ª Câmara Cível. Relator: Jorge Luís Dall'Agnol. Porto Alegre, 24 fev. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 700709998590, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Liselena Schifino Robles Ribeiro. Porto Alegre, 16 set. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70072527401, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Liselena Schifino Robles Ribeiro. Porto Alegre, 07 fev. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70073076713, da 7ª Câmara Cível. Relatora: Liselena Schifino Robles Ribeiro. Porto Alegre, 22 jun. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação n.º 70077597466, da 8ª Câmara Cível. Relator: Rui Portanova. Porto Alegre, 28 jun. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Conflito de Competência n.º 70075413831, da 8ª Câmara Cível. Relator: Ricardo Moreira Lins Pastl. Porto Alegre, 03 out. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Conflito de Competência n.º 70072974157, da 7ª Câmara Cível. Relator: Jorge Luís Dall'Agnol. Porto Alegre, 26 abr. 2017.

SALEME, Edson R. **Direito Constitucional**. São Paulo: Manole, 2011.

SARLET, Ingo W. FIGUEIREDO, Mariana F. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. **Revista dos Tribunais**, 2008. Disponível em: <[https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O\\_direito\\_a\\_saude\\_nos\\_20\\_anos\\_da\\_CF\\_coletanea\\_TAnia\\_10\\_04\\_09.pdf](https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf)>. Acesso em: 03 abr. 2019.

SARLET, Ingo; MARINONI, Luiz G.; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

SARMENTO, Daniel. **Dignidade da Pessoa Humana, Conteúdos, trajetórias e Metodologia**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2019.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Resolução n. 655/2014-CIB/RS. Institui o Plano de Ação Estadual da Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170208/23110822-1419957095-cibr655-14.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2019.

SILVA, Liliane C. da. **Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XVI, n. 112, maio 2013. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13182&revista\\_caderno=9](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13182&revista_caderno=9)>. Acesso em: 19 out. 2018.

SOARES, Ricardo M. F. **O Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

SOUZA, Michel F. de. **Judicialização da saúde: o difícil equilíbrio entre a balança e a espada**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIX, n. 149, junho 2016. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=17349&revista\\_caderno=4](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=17349&revista_caderno=4)>. Acesso em: 28 out. 2018.

SYDNEY, Dieyne P; BERTOLAZO, Ivana N. Internação Psiquiátrica Compulsória do dependente químico em face da relatividade dos direitos fundamentais. **Revista Culturas Jurídicas**, 2016, p. 73-104. Disponível em: [www.culturasjuridicas.uff.br/index.php/rcj/article/download/145/77](http://www.culturasjuridicas.uff.br/index.php/rcj/article/download/145/77). Acesso em: 14 maio. 2019.

VIEIRA, Victor A. **A proporcionalidade como critério limitador da intervenção do poder judiciário nas políticas públicas de saúde**. Revista Digital FAPAM, Para de Minas, Minas Gerais, v. 6, n. 6, p. 355-370, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.fapam.edu.br/index.php/synthesis/article/view/124>>. Acesso em: 03 abr. 2019.