

SEPARATA

Caros leitores,

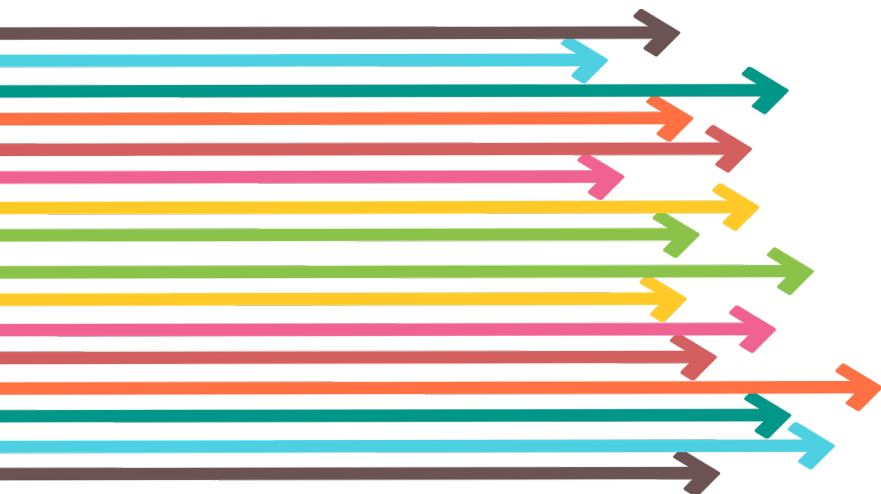
Este arquivo é uma separata do livro “Tópicos em Saúde e Direitos” (Ventura, CAA; D’ANDREA, G; OLIVEIRA, RGV; RICARDO, MF (Orgs.), Sociedade Brasileira de Comunicação em Enfermagem, 2017). Os capítulos foram disponibilizados individualmente para facilitar o acesso daqueles que buscam por assuntos mais específicos e potencializar os resultados de revisões de literatura.

Os demais capítulos individualizados, a versão completa do livro com informações editoriais completas podem ser encontrados para download no seguinte link:

bit.ly/livrosaudedireito

Muito obrigado!

Os Organizadores



A judicialização da internação psiquiátrica: contexto histórico e panorama atual no Brasil

Rachel Torres Salvatori

Carla Aparecida Arena Ventura

RESUMO

A judicialização da internação psiquiátrica no Brasil está inserida no contexto maior do movimento de judicialização das ações de saúde, tema de grande relevância e bastante discutido na atualidade. Essa situação tem repercussões que envolvem desde o reforço do modelo asilar de assistência à saúde mental até o direito de respeito à dignidade da pessoa humana. Dessa forma, o presente artigo realiza uma reflexão sobre o processo de judicialização da internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Brasileiro, envolvendo o sistema público e o Sistema de Saúde Suplementar (sistema de planos de saúde). Para isso, apresenta uma visão integrada, panorâmica e histórica da atenção à saúde mental no Brasil, destaca a ênfase na assistência à saúde do

dependente de drogas nesse processo e finaliza com uma discussão sobre a judicialização do direito à saúde e da internação psiquiátrica no Brasil.

INTRODUÇÃO

A judicialização da internação psiquiátrica no Brasil, ou seja, o processo de os juízes decidirem sobre a internação de uma pessoa, em razão de transtornos mentais, está inserido no contexto maior do movimento de judicialização das ações de saúde no País.

Embora não se tenham estudos de impacto das medidas judiciais para a internação psiquiátrica na vida de portadores de transtornos mentais, é possível conjecturar, baseado nas evidências de estudos sobre decisões judiciais, que essas medidas têm repercussões sociais muito importantes relacionadas ao reforço do modelo asilar de assistência à saúde mental, sobretudo à abertura de leitos privados; à transferência de recursos para financiamento das internações psiquiátricas em detrimento da assistência em rede aberta; à garantia dos direitos fundamentais dos portadores de transtornos mentais, fundamentalmente o respeito à dignidade da pessoa humana; à competência do Poder Judiciário para decidir questão de ordem médica e à atuação dos profissionais de saúde para a consolidação dos princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001.

Dessa forma, o presente artigo realiza uma reflexão sobre o processo de judicialização da internação psiquiátrica no sistema de saúde brasileiro, envolvendo o sistema público e o sistema suplementar de saúde (sistema de planos de saúde). Para isso, apresenta uma visão integrada e histórica da atenção à saúde mental no Brasil, destaca a ênfase na assistência à saúde do dependente de drogas e finaliza com uma discussão sobre a judicialização do direito à saúde e da internação psiquiátrica no Brasil.

A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E SEU PROCESSO DE REFORMA

Sob o ponto de vista de modelos políticos hegemônicos que se refletem na prática da assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais, a assistência à saúde mental no Brasil pode ser dividida em duas fases: a anterior à reforma psiquiátrica, período que se estende desde o Brasil colônia até meados de 1970, e a posterior ao movimento de reforma, que vai do final da década de 1970 até os dias atuais. As mudanças ocorridas no Brasil acompanharam as transformações no modelo de atenção psiquiátrica que aconteciam no mundo, principalmente na Europa (AMARANTE, 1998).

Ao buscar as origens dos modelos de atenção à saúde mental, constata-se que sua história representa a história da loucura, ao longo da evolução humana, e vem demonstrar a pouca tolerância do homem com a diferença existente entre os seus semelhantes (FORTES, 2010). Na Grécia antiga, predominava a concepção mística. Os loucos eram considerados pessoas com poderes capazes de influenciar o destino dos homens e, por esse motivo, eram valorizados nas sociedades primitivas, não havendo necessidade de segregação (ALVES et al., 2009).

No período medieval, a abordagem à loucura esteve relacionada com a possessão por maus espíritos, encontrando nas práticas inquisitoriais e do exorcismo seu tratamento (AMARANTE, 1998).

No final do século XVII, com a propagação do pensamento racionalista, resultado da revolução científica em plena expansão, a loucura passou a ser compreendida como um aspecto da moral: o louco era alguém com caráter desviado da razão que, por sua doença, não sabia distinguir entre o certo e o errado. Decorrente desse fato, adveio a associação da loucura com a periculosidade e a necessidade do controle social (AMARANTE, 1998).

A filosofia mercantilista, que tinha na produtividade seu primeiro pressuposto, contribuiu para a marginalização e encarceramento daqueles que não conseguiam adaptar-se a ela. Assim, loucos, desvalidos, mendigos, idosos

doentes, crianças abandonadas, prostitutas e usuários de drogas eram recolhidos das ruas e destinados a verdadeiros depósitos humanos (ALVES et al., 2009). O objetivo nesse momento era apenas retirar o “lixo” das ruas. Essas pessoas eram levadas para pavilhões isolados dentro de hospitais. Esses locais eram sujos, sem iluminação e sem ventilação adequada, onde essas pessoas permaneciam até sua morte. Não havia finalidade terapêutica, os indivíduos que não conseguissem adequar-se à nova ordem social, passavam a ser vistos como ameaças e, por isso, precisavam ser retirados da sociedade. Nessa época, o Brasil vivia seu período colonial, e a abordagem à loucura mesclava as práticas de controle da Igreja com a exclusão pelo Estado.

Foi no período que se seguiu à Revolução Francesa, no final do século XVIII, que a loucura assumiu a conotação de doença mental. A diferença humana foi transformada, pela ciência, em doença. Surgiu a psiquiatria, tendo como expoente maior o médico Philippe Pinel. De acordo com as ideias de Pinel, a loucura, resultado de disfunções e lesões cerebrais, deveria ser tratada medicamente (FORTES, 2010).

Além disso, a influência do pensamento iluminista, que tinha como ponto de partida a formação moral, abriu caminhos para a incorporação de uma abordagem que privilegiasse o “tratamento moral”, já que Pinel também acreditava que a loucura estava associada a um caráter malformado do indivíduo (BRASIL, 2003). Inaugura-se, então, o primeiro tratamento da loucura na era moderna, baseado no confinamento, em sangrias e em outros métodos purgativos. Nesse contexto, o manicômio, hospício ou hospital psiquiátrico foi consagrado como a melhor opção terapêutica, constituindo-se como instituição asilar, corretiva, controladora, excludente e disciplinadora dos doentes mentais, sendo o lugar social dos loucos.

O Brasil, no final do século XVIII, ainda estava voltado para as práticas de recolhimento dos marginais, desempregados, mendigos, órfãos e loucos em celas especiais, nos hospitais gerais e nas Santas Casas de Misericórdia, sem destinar a eles qualquer tratamento de saúde (COSTA, 1976).

Somente no início do século XIX é que o Brasil, com a instalação da família real em solo brasileiro, começou a realizar práticas interventivas para tratar a loucura. Na metade do século XIX, dá-se início à assistência psiquiátrica pública, exercida pela Igreja, de forma leiga, por meio das Santas Casas de Misericórdia, com caráter asilar e segregador (FORTES, 2010). A mesma autora comenta que o “elemento perturbador”, os “inoportunos”, eram retirados do convívio social e que essa situação era legitimada pelo Estado imperial, resultando na construção de um lugar específico para os loucos, nascendo, em 1852, o Hospital Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro (FORTES, 2010). Foi o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e significou a reprodução da abordagem à loucura nos moldes praticados pela Europa.

A Medicina começa a desenvolver tratamentos que vão desde a abordagem moral da loucura até a utilização da eletroconvulsoterapia (ECT), entre 1930 e 1950 (ALVES et al., 2009). A medicina “psiquiatizou” a loucura, via na perturbação social, causada pela presença do louco no seio da comunidade, uma oportunidade para o desenvolvimento científico e para a cura de uma determinada classe de “doença”. A partir desse momento, diversos hospitais começaram a surgir em vários estados brasileiros.

No decorrer do século XX, tornaram-se frequentes as denúncias por maus tratos e pela subtração dos direitos humanos das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos. Variadas frentes buscavam alternativas para superar aquela situação. Num primeiro momento, defendeu-se a humanização do hospital psiquiátrico, já que este não estava cumprindo sua função social.

Além disso, havia a necessidade de acolher e recuperar os feridos e traumatizados egressos da II Guerra Mundial, com o objetivo de reconstruir os Estados. O momento era de transformação mundial, com a revolução das artes, movimento feminista e pela reconstrução dos Estados Nacionais. Nesse contexto, começaram, também, iniciativas pela reorganização da assistência psiquiátrica. Os movimentos iniciados pelos Estados Unidos e pela Europa, sobretudo pela Itália, com Franco Basaglia, começaram, a partir de 1970, a influenciar a política de saúde mental brasileira (AMARANTE, 1998).

Nessa época, o Brasil lutava pelo fim da ditadura militar. A situação da assistência psiquiátrica era crítica: havia em torno de 80 mil leitos psiquiátricos no total de mais de 500 hospitais psiquiátricos, públicos e privados, com denúncias de violência, maus tratos e, inclusive, mortes acidentais. O hospital constituía-se em uma instituição que promovia e agravava a deterioração da assistência aos portadores de transtornos mentais. Crescia, a passos largos, a participação privada na assistência à saúde mental. Observa-se, nesse período, um declínio da assistência psiquiátrica pública e sua substituição gradual pelo Sistema de Saúde Suplementar, que começava a se organizar. A maior parte dos leitos privados era conveniada ao Instituto Nacional de Previdência Social, destinados à classe trabalhadora e seus dependentes. Entretanto, o governo militar decidiu “ampliar a cobertura previdenciária para setores da população que não a possuíam” (PAULIN; TURATO, 2004).

Assim, com o apoio do governo militar, desenvolveu-se o setor privado psiquiátrico. Esse ramo lucrativo da economia, tendo em vista o pouco investimento necessário, à época, para a assistência psiquiátrica, permitiu o crescimento vertiginoso dos leitos psiquiátricos, o incremento da rede conveniada ao sistema previdenciário de saúde e, por conseguinte, o aumento do número das internações psiquiátricas. Esse processo ficou conhecido como “indústria da loucura” (CERQUEIRA, 1984), uma vez que, com uma rede vasta de leitos psiquiátricos, tornava-se necessária a “fabricação de loucos” para alimentar todo esse sistema. Esse cenário foi denunciado pelos trabalhadores de saúde mental que, juntamente com pesquisadores, estudiosos, entidades de familiares de portadores de transtornos mentais, deram início ao movimento para o redirecionamento da assistência à saúde mental, desencadeando, no Brasil, o movimento da reforma psiquiátrica.

Com o advento da reforma psiquiátrica, movimento ideológico, político e assistencial que buscou superar o modelo manicomial de assistência psiquiátrica, houve uma redução considerável de hospitais e de leitos psiquiátricos sem que, paralelamente, houvesse a criação e o funcionamento suficiente e efetivo de serviços assistenciais alternativos aos portadores de

transtornos mentais. Esse fenômeno foi responsável pela desassistência a uma parcela desses usuários.

O modelo manicomial de assistência psiquiátrica no Brasil é contestado desde meados da década de 1970, após mais de um século da persistência da quase exclusividade desse tipo de tratamento para os transtornos mentais. O novo paradigma da assistência psiquiátrica denunciava o hospital especializado como um lugar de exclusão social, punição e estigmatização. Tal movimento antimanicomial resultou nas transformações das políticas públicas de saúde mental e, por conseguinte, no fechamento e na redução de hospitais e leitos psiquiátricos, respectivamente.

A Lei nº 10.216/2001, que demorou mais de dez anos para ser aprovada, consagrou os ideais da reforma psiquiátrica, estabelecendo dispositivos para a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental e privilegiando o tratamento em serviços comunitários de saúde mental. A internação está presente como uma alternativa à insuficiência dos recursos extra-hospitalares e definida por meio de três modalidades: a voluntária – que se dá com o consentimento do usuário; a involuntária – que se realiza sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, e a compulsória – que é determinada por um magistrado (BRASIL, 2001). O artigo 6º da mesma Lei dispõe que “a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (BRASIL, 2001), o que inclui todas as modalidades de internação dispostas na Lei.

No entanto, o que acaba acontecendo é que a internação compulsória nem sempre é antecedida por uma avaliação médica. Fortes (2010) é um dos primeiros autores a apontar essa situação no cenário brasileiro, atentando para a “preocupação aos profissionais médicos, por caracterizar a chamada judicialização de ato médico”. Essa temática carece de uma discussão moral por considerar os efeitos que as decisões do Poder Judiciário podem acarretar para as conquistas das lutas antimanicomiais.

Quando o transtorno mental se relaciona à dependência química ou de drogas, soma-se a associação da periculosidade à iminência da criminalidade, ao risco à saúde e à segurança do próprio indivíduo, de sua família e da sociedade. Desse modo, são exatamente por esses motivos que as políticas de assistência à saúde dos dependentes químicos se tornaram uma prioridade em nível internacional e nacional.

A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO USUÁRIO/DEPENDENTE DE DROGAS

Dados do **Relatório Mundial sobre Drogas** (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2011) estimam que cerca de 210 milhões de pessoas em todo o mundo, o equivalente a quase 5% da população mundial, com idade entre 15 e 64 anos, usaram algum tipo de droga ilícita no ano de 2009. No Brasil, o **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas** estima que 22,8% da população já fizeram uso de drogas ilícitas na vida (BRASIL, 2006). O consumo de substâncias psicoativas cresceu assustadoramente a partir da segunda metade do século XX, tornando-se um grave problema social em virtude de suas consequências associadas à violência, mortes, doenças, problemas familiares e sociais. Ressalta-se, nesse cenário, que as drogas tidas como lícitas, álcool e tabaco, ocupam o topo do *ranking* da prevalência do uso de substâncias psicotrópicas.

O **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool da População Brasileira** aponta que, em 1999, último ano investigado, 85% das internações por transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicotrópicas foram decorrentes do álcool (BRASIL, 2007). De acordo com as informações dos juízes e defensores públicos que integram o Comitê Executivo de Saúde do Estado de São Paulo, a dependência química constitui-se, hoje, em um dos principais motivos para a internação psiquiátrica compulsória no estado de São Paulo (REUNIÃO DO COMITÊ EXECUTIVO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011).

A política brasileira sobre drogas passou, nas últimas duas décadas, por profundas alterações ideológicas. A Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005, que institui a política nacional sobre drogas (BRASIL, 2005), está fundamentada em cinco dimensões - prevenção; tratamento, recuperação e reinserção social; redução de danos sociais à saúde; redução da oferta; e estudos, pesquisas e avaliações.

Essas dimensões reorientam o enfrentamento público das drogas para um modelo que privilegia ações abrangentes, focadas na prevenção, na promoção da saúde e da vida, na recuperação, na educação, na capacitação das pessoas, de profissionais e de instituições, na divulgação das informações, e na operação governamental articulada intra e intersetorialmente com os diversos tipos de organizações privadas e do terceiro setor. Esse conjunto de ações busca uma parceria que possibilite, por meio da responsabilidade compartilhada, a atuação em rede, única alternativa capaz de buscar o “ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (BRASIL, 2005). Verifica-se, portanto, que a política de combate às drogas vigente busca uma aproximação com a assistência, com o tratamento e com a recuperação dos usuários/dependentes de drogas e, por conseguinte, o bem-estar social desses indivíduos e das coletividades nas quais estão inseridos.

O tratamento dos dependentes químicos, tradicionalmente, teve por base o modelo biomédico, hospitalocêntrico, estando diretamente relacionado à assistência psiquiátrica (BRASIL, 2005b). Somente em 2002, com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde elabora o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Nesse contexto, foram criados pela Portaria n. 336/2002 os CAPSs ad, serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de ações em saúde mental para pacientes com transtorno decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004).

Em 2003, o Ministério da Saúde assumiu de modo integral e articulado a tarefa de prevenir o consumo de drogas, tratar e reabilitar seus usuários,

reduzir o consumo e seus danos. A Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas fundamenta as diretrizes para uma nova abordagem ao fenômeno das drogas, que são: intersectorialidade, integralidade, prevenção de danos, promoção e proteção da saúde. As orientações propostas por essa política estão em consonância com a política de saúde mental, reorientada desde 2001 pela Lei n. 10.216/2001. Vale lembrar que o redirecionamento desenhado por essa lei adequou o Brasil aos padrões internacionais recomendados pela Organização Mundial da Saúde.

Assim, a referida política preconiza que o enfrentamento do problema das drogas se dê por meio da articulação entre as diferentes áreas que estão implicadas nessa problemática: saúde, educação, social e desenvolvimento. Deve considerar a contemplação de ações estruturais de educação, assistência e reabilitação, desenvolvidas de forma descentralizada pelos três entes da federação, tendo como norte a prevenção, que se constitui no planejamento e na implementação de múltiplas medidas que objetivam a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco, e fortalecimento dos fatores de proteção individuais e coletivos (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, afirma-se que as redes de saúde, por meio de seus equipamentos abertos e articulados com outros serviços de saúde e sociais, têm grande responsabilidade no enfrentamento desse problema.

Apesar da existência de diretrizes assistenciais gerais para a área da saúde mental no sistema público, cada serviço se organiza de uma forma. Não há padrões de suficiência da rede assistencial estabelecidos e, desse modo, não há como avaliar, com bases estatísticas, se os serviços existem em quantidade satisfatória para atender a população que deles necessita. Outra questão importante é a qualidade, categoria de análise que permeia desde a estrutura do serviço até o atendimento profissional, sendo muito subjetiva e, por isso, de difícil mensuração (BRASIL, 2011).

Entretanto, é comum o apontamento, por pesquisadores da área, da incapacidade de resposta desses serviços às demandas de assistência à

saúde mental, que inclui o acompanhamento aberto dos indivíduos sofredores de transtornos mentais e egressos de hospitais psiquiátricos. Assim, esses autores concluem que os serviços, que deveriam ser substitutivos aos manicômios, acabam não cumprindo suas funções, seja pela insuficiência quantitativa, seja pela forma como se dá o atendimento do usuário no sistema. A principal consequência desse cenário é a desassistência do usuário que, muitas vezes, não consegue ter o direito à saúde garantido (FORTES, 2010).

Se no Sistema Único de Saúde (SUS) a assistência não é adequada, no Sistema de Saúde Suplementar, a situação não é muito diferente. Tratada à margem das coberturas assistenciais pelos contratos de planos de saúde, a assistência à saúde mental sempre foi alvo de abusos e restrições por parte das operadoras de planos de saúde, por carregarem a marca do alto custo e do prejuízo referente ao longo curso das internações psiquiátricas. Atualmente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tem-se preocupado em atribuir caráter mais homogêneo à regulação das coberturas assistenciais referentes à área da saúde mental.

É conveniente elucidar que, no Sistema de Saúde Suplementar, sistema constituído pela rede de planos de saúde, o beneficiário de plano de saúde é o indivíduo que assina um contrato com uma operadora de planos de saúde, uma empresa que vende esse plano. Esse contrato dá-lhe o direito de utilizar os serviços de saúde descritos nas cláusulas contratuais, a uma contraprestação pecuniária (mensalidade) paga à operadora. Esta, por sua vez, recebe a contraprestação e paga aos prestadores credenciados (médicos, hospitais, clínicas, laboratórios) os serviços de saúde utilizados por seus beneficiários (SALVATORI; VENTURA, 2012).

Nesse sistema, o tratamento conferido à saúde mental é recente. A preocupação com essa área começou a surgir em meados de 1998, com a elaboração de uma política de saúde mental específica para os planos de saúde. Enquanto o SUS, nesse período, já estava bem avançado, o Sistema de Saúde Suplementar caminhava lentamente, repetindo trajetórias iniciais fracassadas do Sistema Único de Saúde, como a marginalização dessa área

de atenção à saúde e a pouca ênfase dispensada no contexto dos instrumentos normativos do setor (SALVATORI; VENTURA, 2012).

Anteriormente à Lei n. 9.656/1998, não existia nenhum regramento para a atenção à saúde mental no sistema operado pelos planos de saúde, havendo apenas as portarias emanadas pelo Ministério da Saúde que abrangiam somente os prestadores de assistência à saúde mental (hospitais e clínicas) em suas relações com o SUS. Com exceção da Portaria SAS/ n. 145 (BRASIL, 1994), que teve como objetivo criar um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, pelos diversos níveis do SUS, as demais faziam referência, quase que exclusivamente, a procedimentos para cadastros de hospitais para internação psiquiátrica no âmbito do SUS, serviços, cobranças e normas para alimentação dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH).

Atualmente, a política de atenção à saúde mental do setor suplementar de assistência à saúde está disposta na Resolução Normativa n. 387 de 28 de outubro de 2015, que atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, constituindo-se na referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de saúde, contratados a partir de 1º janeiro de 1999 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015).

Apesar de priorizar o tratamento ambulatorial expressamente, no normativo vigente, a cobertura de sessões de psicoterapia estão limitadas quanti e qualitativamente (se a sessão será com psicólogo ou com terapeuta ocupacional, por exemplo), a depender do diagnóstico recebido pela pessoa, conforme estabelecem as diretrizes de utilização da norma. O mesmo ocorre com o hospital-dia, único equipamento substitutivo ao hospital psiquiátrico no Sistema de Saúde Suplementar. No caso das internações, mesmo havendo a obrigatoriedade do estabelecimento de mecanismos financeiros de regulação idênticos para as internações em todas as especialidades médicas, inclusive a psiquiátrica, quando a operadora optar por esta previsão, é permitida a cobrança de coparticipação crescente, até o limite de 50% (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015) do valor pago pela operadora,

por dia de internação, ao prestador, para as internações psiquiátricas que excedam 30 dias de duração, ou seja, se a internação do portador de transtorno mental durar mais do que 30 dias ou se o número de suas internações psiquiátricas, por ano de contrato, for superior a esse total, o beneficiário poderá ter de arcar com até 50% do custo da internação excedente. Esse tratamento conferido à assistência à saúde mental no Sistema de Saúde Suplementar demonstra sua discriminação negativa quando comparada às outras áreas assistenciais.

Assim, se hoje a assistência à saúde mental, no âmbito do sistema privado de saúde, possui uma configuração desalinhada com as políticas ministeriais, tal constatação é um produto do desenvolvimento e da evolução das políticas de saúde mental capitaneadas pela ANS. Entretanto, deve-se ressaltar que essas políticas desenvolvidas para o setor privado são resultado da não hegemonia do modelo de reforma psiquiátrica em curso no SUS e, principalmente, dos interesses econômicos intrínsecos ao setor privado (SALVATORI; VENTURA, 2012).

De todo modo que possam expressar-se os normativos da ANS que regulam a saúde mental, o direito à saúde é superior a qualquer regra administrativa, eis que direito fundamental consagrado na Carta Magna e, inclusive, nos tratados internacionais dos quais o Brasil é país signatário e, dessa forma, qualquer interpretação que o subtraia deve ser relativizada para promover esse direito.

A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E DA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA NO BRASIL

O direito à saúde é um direito fundamental e social, tal como está expresso na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, artigo 6º, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 64/2010:

[...] são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social,

a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

Dessa forma, é possível fazer algumas interpretações. A primeira é a de que o referido artigo se insere no título constitucional “Dos Direitos e Garantias Fundamentais” e no capítulo “Dos Direitos Sociais”, que têm a intenção de demonstrar que a saúde é um direito básico, primordial, essencial e fundamental de todo brasileiro. É um direito intrínseco a um Estado Democrático de Direito, como o Brasil, já que o respeito aos direitos fundamentais constitui um dos pilares dessa forma de Estado (STRECK; MORAIS, 2000).

A Constituição de 1988 dedicou uma seção, composta de cinco artigos, para tratar do direito à saúde. O artigo 196 dispõe que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Assim, pode-se constatar que ao Estado é imputada a obrigação de garantir a saúde a todos, sendo de sua responsabilidade a elaboração e a execução de políticas públicas para essa finalidade. Ainda acrescenta que o Estado deverá garantir um acesso universal (para todos) e igualitário (respeitando os mesmos critérios para todos que estejam na mesma situação) às ações e aos serviços que vão desde a promoção até à recuperação da saúde.

O artigo 197 classifica as ações de saúde como um serviço de relevância pública e que, por esse motivo, devem ser regulamentadas, fiscalizadas e controladas pelo próprio Estado, podendo sua execução ser feita diretamente pelo Estado, ou por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Ficou definido no artigo 198 que o SUS seria organizado em forma de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, tendo como princípios de operacionalização a descentralização, o atendimento integral e a participação comunitária na gestão (BRASIL, 1988). No mesmo artigo, são estabelecidas as formas de financiamento do sistema, por meio do orçamento da seguridade social e de impostos da União, estados e municípios.

O artigo 199 possibilita que a iniciativa privada participe da assistência à saúde, vedando, entretanto, a subvenção pública às instituições privadas com fins lucrativos. Assim, tal artigo permite a coexistência do sistema privado de planos de saúde, mais conhecido como Sistema de Saúde Suplementar (BRASIL, 1988).

O artigo 200 (BRASIL, 1988) elenca as competências do Sistema Único de Saúde, que são regulamentadas pela Lei n. 8.080/1990 – a Lei Orgânica da Saúde, que vincula o conceito de saúde à qualidade de vida e define melhor as competências e as obrigações de cada ente da federação na implantação, na consolidação, na operacionalização e no monitoramento do SUS (BRASIL, 1990).

É possível observar que houve preocupação do legislador com o texto Constitucional da saúde. Os artigos permitem compreender que o direito à saúde é algo muito maior do que a ausência de doenças ou seu tratamento. É algo que envolve políticas econômicas e sociais que precisam atuar na prevenção, na promoção, no tratamento e na reabilitação, e que têm como objetivo final a melhoria da qualidade de vida do cidadão. Por esses motivos, necessita ser pensado, executado e avaliado transversalmente, ou seja, perpassando outras áreas de relevância social, como saneamento básico e infraestrutura, assistência social, cultura, educação e economia, por exemplo.

Um Estado Democrático de Direito é um Estado no qual o direito conduz os atos dos mandatários. Isso significa que o Estado deve agir conforme as regras de direito. Nesse sistema, o poder do Estado é dividido em três funções: a legislativa, a executiva e a judiciária. Cabe ao Poder Judiciário

fazer cumprir o direito. Este, quando provocado, faz sua atuação por meio de um processo judicial, no qual será proferida uma decisão sobre o litígio levado ao tribunal.

Um fenômeno novo, discutido por pesquisadores, operadores do direito (juízes, advogados, Ministério Público, Defensoria Pública, órgãos de defesa do consumidor) e pelo Conselho Nacional de Justiça, é a judicialização da saúde – processo que representa a efetivação do direito à saúde por meio da intervenção jurisdicional (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2010).

A via judicial tem sido o meio que muitos usuários do SUS e beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar vêm utilizando para, em muitos casos, fazer valer um direito fundamental. Nessa seara, encontra-se a judicialização da internação psiquiátrica.

O direito à saúde, compreendido como o direito que todo ser humano possui, essencial à manutenção de uma vida digna e ao desenvolvimento do próprio projeto de ser humano, inclui variados elementos que, em seu conjunto e em níveis adequados, respondem pela materialidade desse direito: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais, os quais compreendem o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1990). Como parte do direito ao acesso aos serviços de saúde está o direito à internação psiquiátrica que, apesar de apresentar-se como “aparente” paradoxo frente à reorientação do modelo de assistência à saúde mental ainda praticado no Brasil, tem-se tornado alvo de críticas, nem sempre fundamentadas no melhor interesse do paciente e, por esse motivo, apresenta-se como uma questão de relevância para a compreensão das especificidades dos direitos dos portadores de transtornos mentais.

Nesse cenário, a judicialização da internação psiquiátrica tem assumido, pelo menos, duas facetas: a de defesa do direito das famílias e da sociedade em reabilitar uma pessoa que não consegue conviver equilibradamente em sociedade e a da possibilidade para o exercício, pelos

próprios portadores de transtorno mental, do seu direito à internação, como consequência do seu direito à saúde no contexto do acesso ao serviço de saúde.

Há vários estudos especializados sobre o tema, os quais enfocam, principalmente, a judicialização da prestação da assistência farmacêutica (envolvendo lides que vão desde medicamentos de dispensação essencial – os utilizados para tratar as doenças mais comuns da população – até os excepcionais – os de alto custo para o governo, geralmente utilizados para tratar doenças crônicas e raras) e a do acesso a coberturas assistenciais no Sistema de Saúde Suplementar.

Porém, o acesso à assistência à saúde mental e às internações psiquiátricas por via judicial ainda é pouco discutido no Brasil. Fortes (FORTES, 2010) descreve, de forma breve, a intervenção judicial no caso da internação compulsória e aponta algumas de suas consequências políticas, sociais e éticas; sendo esse um tema ainda muito pouco investigado pela academia.

Nesse sentido, uma iniciativa pioneira tem sido a do Comitê Executivo de Saúde do Estado de São Paulo, do Conselho Nacional de Justiça, responsável pelo estudo e pelas proposições de soluções para a questão da judicialização da saúde no estado de São Paulo.

Os juízes que integraram o Comitê Executivo de Saúde do Estado de São Paulo, no ano de 2011, relataram o drama de alguns casos de internação psiquiátrica que estiveram sob seu julgamento. Noticiaram que as famílias costumam buscar a tutela judicial como último recurso, após a tentativa, por diversos meios (acompanhamento do familiar afetado pelos serviços ambulatoriais – CAPSs, CAPSs ad, oficinas terapêuticas, grupos de ajuda, atendimentos em serviços de emergência, internações breves em hospitais gerais e psiquiátricos, entre outros) para recuperar o membro da família portador de transtorno mental e reinseri-lo na sociedade (REUNIÃO DO COMITÊ EXECUTIVO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011).

Mencionaram, também, haver situações nas quais o indivíduo, para o qual se solicitava a internação, nem sequer ter recebido algum tratamento ambulatorial, sob a alegação da falta de oferta dos serviços, de seu difícil acesso ou de sua ineficiência em promover as respostas esperadas. Sem opções efetivas para dirimir a situação posta em julgamento, os juízes, ali presentes, acabavam decidindo pela internação psiquiátrica compulsória.

Há muitos fatores a serem considerados em qualquer discussão que se faça sobre as internações psiquiátricas judiciais. O uso de drogas e suas consequências sociais estão no topo das preocupações jurídicas, afinal, o assunto sempre foi tratado como crime ou esteve relacionado a ele.

Quando pode ser estabelecido onexo causal entre um ato criminoso e a presença de drogas, e existe um pedido familiar para a internação visando à recuperação do indivíduo, o juiz se coloca em uma situação dilemática. Por um lado, precisa proteger a dignidade da pessoa humana, 3º princípio constitucional fundamental, que se efetiva por meio de um conjunto de deveres de Estado, civis e pessoais. Por outro, para garantir essa mesma dignidade tem como alternativa mais imediata “prender” esse indivíduo, para que ele possa recuperar sua saúde, o que é uma medida violenta, que restringe a liberdade da pessoa humana, direito humano fundamental, assegurado pela constituição e por tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário.

Assim, para a maioria dos juízes (SALVATORI, 2013), a internação psiquiátrica é uma medida de saúde, para a qual é necessária um pedido familiar, na maioria das vezes seguido de relatório médico ou consequente a este documento, para garantir o direito à saúde e o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana.

Contudo, no Sistema de Saúde Suplementar, Salvatori (2013) afirma que as representações da internação psiquiátrica assumem significados diferentes, tendo um enfoque eminentemente consumerista. A internação psiquiátrica é um serviço a ser executado por quem foi contratado para efetivá-lo, no caso as operadoras de planos de saúde, e a decisão judicial procedente

à internação psiquiátrica é meio de fazer a operadora cumprir uma obrigação que nem sempre é contratual, mas que está no bojo da missão dos planos de saúde: garantir saúde.

Essas representações nem sempre são iguais. A existência de representações diferentes, em um mesmo Poder Judiciário, apresenta desafios igualmente diferentes para os atores envolvidos no processo da internação psiquiátrica. Entretanto, a melhoria dos serviços de assistência à saúde mental, que envolve uma melhor formação profissional, um atendimento mais humanizado e focado nas necessidades do portador de transtorno mental; a presença de uma rede aberta, suficiente e fortalecida pelas gestões de seus sistemas de saúde; e a participação consciente da família permanecem como pilares de qualquer mudança significativa nos resultados da assistência ao portador de transtorno mental, independentemente dos rumos da judicialização da internação psiquiátrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica foi um movimento social que se consagrou por exigir uma mudança de paradigma na assistência aos portadores de transtorno mental. Ela almejou, prioritariamente, alterar o lugar social do cuidado, prestado originariamente em hospitais psiquiátricos, para centros comunitários abertos, e o modo da prestação desse serviço de saúde, por meio da incorporação de uma assistência mais humanizada, integral e que resgatasse a cidadania dos sujeitos desse cuidado.

Foi, primeiramente, pela promulgação da Constituição de 1988, que a saúde foi reconhecida como um direito social e dever do Estado. Posteriormente, a Lei 8.080, de 1990, e a Lei 9.656, de 1998, regulamentaram aspectos da prestação da saúde pública e da saúde ofertada pelos planos de saúde, conferindo direitos aos sujeitos usuários e beneficiários desses sistemas, respectivamente. Mas, foi somente com o sancionamento da Lei 10.216, de 2001, que restou demonstrada, pela sociedade brasileira, a

necessidade de se redirecionar a assistência à saúde mental que até então vinha sendo praticada. Essa Lei foi um marco na assistência à saúde dos portadores de transtornos mentais e, conjugada aos marcos legais anteriores, representou um grande avanço na política de saúde mental brasileira.

Contudo, a assistência ao portador de transtorno mental conferida nas políticas públicas de saúde focou-se substancialmente na política antidrogas e na assistência à saúde dos dependentes químicos pelo fato desta questão, a dependência química, estar bastante associada a crimes e à violência. Essa associação, em muitas situações, acaba confluindo no Poder Judiciário, que é chamado à lide para decidir sobre um direito expresso em Lei: a internação psiquiátrica.

A judicialização da internação psiquiátrica é um fenômeno que, acompanhando a judicialização da saúde, vem crescendo nos últimos dez anos (SALVATORI, 2013). É um fenômeno que está principalmente relacionado ao uso de drogas e à intervenção da família do portador de transtorno mental junto ao Poder Judiciário, exigindo a efetivação do direito à saúde. Em que pese a necessidade de tratamento do portador de transtorno mental, em longo prazo, a prática de internações psiquiátricas para dependentes químicos pode trazer consequências prejudiciais ao modelo de assistência à saúde mental, baseado no tratamento em rede aberta e substitutiva à internação asilar.

Por esse motivo, merece ser investigada para que se torne possível pensar em soluções para os problemas que dela podem decorrer. Em qualquer aproximação que se faça sobre o assunto, é necessário considerar a história da psiquiatria, os impactos sociais da dependência química, o direito à saúde, o direito à liberdade, o direito à paz social e o papel do Poder Judiciário quando todas as instâncias anteriores falham na missão de cuidar da saúde dos usuários do sistema público de saúde ou dos beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. F. O. et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, Recife, v. 72, n.1, p. 85-96, jan./mar. 2009.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: A trajetória da reforma psiquiátrica brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Coletânea de Textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuário de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2012.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: UNIFEP/CEBRID, 2006. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>> Acesso em: 30 mar. 2012.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 30 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Atenção à Saúde Mental**. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929>. Acesso em: 20 mai. 2011.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social**: problemas brasileiros de saúde mental. São Paulo: Atheneu, 1984.

COSTA J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Documentário, 1976.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, p. S321-S330, dez. 2010. Suplemento 2.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. de. Judicialização do direito à saúde: prós e contras. In: BLIACHERIENE, A. C.; SANTOS, J.S. dos. (Org.). **Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial.** São Paulo: Atlas, 2010, p. 255-276.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, mai./ago. 2004.

REUNIÃO DO COMITÊ EXECUTIVO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011. **Ata da primeira reunião ordinária e de instalação do Comitê Executivo de Saúde do Estado de São Paulo, do Conselho Nacional de Justiça.** Disponível em: <<http://groups.google.com/group/coexes>>. Acesso em: 23 mai. 2011.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. A Agência Nacional de Saúde e a política de saúde mental no contexto do sistema suplementar de assistência à saúde: avanços e desafios. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n. 1, p. 113-126, 2012.

SALVATORI, R. T. **O direito à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde e no Sistema de Saúde Suplementar:** as representações sociais do Tribunal de Justiça de São Paulo. 2013. 217 f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

STRECK, L. L.; MORAIS, J. L. B. **Ciência política e teoria geral do Estado.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World drug report 2011. Report.** New York , 2011. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2012.