UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RACHEL TORRES SALVATORI

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

Ribeirão Preto

2013

RACHEL TORRES SALVATORI

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

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde Mental

Orientadora: Carla A. Arena Ventura

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Salvatori, Rachel Torres

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. Ribeirão Preto, 2013.

217 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Carla A. Arena Ventura

1. Internação psiquiátrica.
2. Internação compulsória.
3. Judicialização da saúde.
4. Saúde mental.

SALVATORI, Rachel Torres

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

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para a obtenção do título de Doutor em
Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em ...../...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico este trabalho a todos aqueles que buscam e lutam pelos direitos dos seres humanos, especialmente pelos direitos daqueles que sofrem por transtornos mentais. Enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, advogados, juizes, desembargadores, ministros das cortes supremas, gestores do Sistema Único de Saúde, dirigentes de Agências Reguladoras, diretores de operadoras de planos de saúde, cidadãos portadores, ou não, de transtornos mentais, comprometidos com a construção de uma sociedade mais justa, estão todos convidados a ler esta obra e a tomar parte em sua discussão.

Trabalhemos!

AGRADECIMENTOS

A Deus, Causa Primária de todas as coisas, que me permitiu a oportunidade do viver e a capacidade para criar esta obra.

A meu querido marido e amigo Fábio André Barato, pelo amor, carinho, compreensão e incansável apoio durante a realização deste trabalho.

A minha querida amiga e orientadora, Carla Ventura, pela oportunidade que me concedeu e pelos incessantes estímulos para a evolução em minha jornada acadêmico-científica.

A minha mãe Vânia Torres, pelo estímulo inabalável e a quem eu devo minhas primeiras lições sobre a ciência do Direito.

À minha querida empregadora Agência Nacional de Saúde - ANS, sem a qual esta obra, sequer, haveria de ser pensada. Sem a qual não haveria dedicação exclusiva, transformações importantes e contribuições para os estudos do Sistema de Saúde Suplementar.

A todos os colegas da ANS que me apoiaram na realização deste trabalho, especialmente os do núcleo de Ribeirão Preto.

Ao meu sogro Vitorio, pela paciência e boa vontade no reforço do emprego da norma culta da língua portuguesa.

À Ana Keler, pelo valioso apoio no lar, ao Adriano Rombola, pela confecção do Qualipro e à Miyeko Hayashida, pelo auxílio estatístico.

Aos magistrados e demais colegas do Comitê Executivo de Saúde do Estado de São Paulo, que muito contribuíram com suas experiências para a realização deste trabalho e, em especial, ao amigo João Gandini, primeira pessoa a levantar a real dificuldade enfrentada pelos juízes na temática posta em debate.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

*Insanidade é continuar
fazendo sempre a mesma
coisa e esperar resultados
diferentes.*

Albert Einstein

RESUMO

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.

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, 3% da população sofrem com transtornos mentais severos e persistentes e 6% apresentam transtornos psiquiátricos em virtude do uso de álcool e outras drogas. Só recentemente a assistência à saúde mental, notadamente no que concerne às internações psiquiátricas por via judicial, começa a suscitar questionamentos entre operadores do direito e profissionais da assistência à saúde, embora, desde o advento da Lei n. 10.216/2001, há mais de 10 anos, tenham-se estabelecido as diretrizes do novo modelo de saúde mental a ser implementado no País. Nesse sentido, é relevante saber os entendimentos que o Poder Judiciário tem sobre as questões relativas às internações psiquiátricas. A presente pesquisa teve o objetivo geral de conhecer as representações sociais do Tribunal de Justiça de São Paulo – TJSP, sobre o direito à internação psiquiátrica, e os objetivos específicos de: 1) Caracterizar as demandas relacionadas à internação psiquiátrica submetidas ao TJSP; 2) Identificar como as demandas relacionadas à internação psiquiátrica são sustentadas pela parte apelante em juízo; 3) Identificar como as demandas relacionadas à internação psiquiátrica são defendidas pela parte apelada em juízo; 4) Identificar as representações sociais presentes nos posicionamentos de 2ª Instância do TJSP na jurisprudência acumulada sobre as demandas relativas à internação psiquiátrica; 5) Comparar os resultados das decisões de 2ª Instância com os de 1ª Instância. Foi utilizada uma abordagem com métodos mistos de coleta e análise de dados, empregando-se a estatística descritiva para a mensuração das variáveis quantitativas e o Discurso do Sujeito Coletivo, para as variáveis qualitativas. Aplicou-se a Teoria das Representações Sociais como referencial teórico de interpretação dos discursos coletados. No sítio eletrônico do TJSP, foram coletados os acórdãos de ações julgadas em 2ª Instância, proferidos em razão de recursos de apelação, publicados no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2012, referentes às internações psiquiátricas pleiteadas no Sistema Único de Saúde – SUS, e no Sistema de Saúde Suplementar. As variáveis quantitativas foram digitadas, processadas, tabuladas e categorizadas nos programas Excel e SPSS v.6, e as variáveis qualitativas, no programa Qualipro. No SUS, a internação reclamada em juízo foi a compulsória. Nesses processos, os juízes representaram a internação, majoritariamente, como uma medida de proteção da dignidade do portador de transtorno mental e, minoritariamente, como uma violência contra essa mesma dignidade. No Sistema de Saúde Suplementar, a representação judicial assumiu o enfoque consumerista, consubstanciado na abusividade da cláusula limitativa da internação psiquiátrica e no direito superior à vida. O direito à saúde, vislumbrado nas decisões judiciais, resumiu-se ao direito de acesso aos serviços de saúde, ao direito à doença. A compreensão tanto do Poder Judiciário quanto dos apelados e apelantes nos dois sistemas investigados foi a do direito à saúde como o direito ao bem de saúde pleitado em juízo, o que coloca muitos desafios para os sistemas de saúde e para o Poder Judiciário frente à consolidação dos ideais da reforma psiquiátrica estatuída pela Lei n. 10.216/2001.

Palavras-chave: Internação psiquiátrica. Internação compulsória. Judicialização da saúde. Sistema único de saúde. Planos de saúde.

ABSTRACT

SALVATORI, R. T. The right to psychiatric admission in the Public Health System and in the Insurance Health System: the Tribunal de Justiça de São Paulo's social representations. 2013. 217 f. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

According to the Brazilian Health Ministry, 3% of the population suffer with severe and persistent mental disorders and 6% have psychiatric disorders due to the use of alcohol and other drugs. Recently, within mental health care, there was an increasing demand for psychiatric admissions through the justice system, raising concerns by lawyers and health professionals, although, Law n. 10.216/2001, more than 10 years ago, has established the guidelines of the new model for mental health care to be implemented in Brazil. In this way, it is relevant to learn about the judges' understandings regarding the demands concerning psychiatric admissions. The current research had the general goal to learn about the social representations of judges from the "Tribunal de Justiça de São Paulo - TJSP" about the law regarding psychiatric admissions. This investigation specific goals were: 1) to characterize the psychiatric admission claims; 2) to identify how the psychiatric admission claims are supported by the appellant party in court; 3) to identify how the psychiatric admission claims are defended by the appealed in court; 4) to identify the social representations present in the accumulated jurisprudence of TJSP about psychiatric admission claims; 5) to compare the results of first and second instance decisions. The author used an approach to collect and analyze data based on mixed methods, utilizing descriptive statistics to measure quantitative variables and the Collective Subject Speech to analyze qualitative data. The Social Representations Theory was applied as theoretical framework to interpret the collected speeches. Data were collected through the electronic TJSP site, comprehending all the decisions published between January, 1998, and December, 2012, regarding psychiatric admissions claimed to the Public Health System – SUS, and Insurance Health System. The quantitative variables were typed, processed, and categorized using Excel and SPSS v.6 programs and the qualitative variables through a Qualipro program. Considering SUS, the admissions claimed on the court were compulsory and judges represented the psychiatric admissions, mostly, as a dignity protection measure of people with mental disorders and, at a lower degree, as a violence against this same dignity. With respect to the Insurance Health System, the judicial representation was evolved by the consumerist approach, supported by the abuse of a clause restricting the time for psychiatric admissions and its contradiction with the right to life. The right to health was mentioned in the decisions characterized by the right of access to health services and the right to be ill. The comprehension of the judges in both investigated systems related the right to health to the right to a good health claimed in court, imposing many challenges to health systems and the Judiciary Power in order to consolidate the principles of psychiatric reform brought by Law n. 10.216/2001.

Key-words: Psychiatric admission. Compulsory admission. Justice administration system. Health system. Insurance health system.

RESUMEN

SALVATORI, R. T. El derecho al internamiento psiquiátrico en el Sistema Único de Salud y en el Sistema de Salud Suplementar: las representaciones sociales del Tribunal de Justicia de São Paulo. 2013. 217 f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

De acuerdo con el Ministerio de la Salud, en el Brasil, 3% de la población sufren con trastornos mentales graves y persistentes y 6% presentan trastornos psiquiátricos en razón del uso de alcohol y otras drogas. Sólo actualmente la asistencia a la salud mental, notablemente en lo que concierne a los internamientos psiquiátricos por la vía judicial, empieza a plantear cuestionamientos entre operadores del derecho e profesionales de la asistencia a la salud aunque, desde el advenimiento de la Ley n. 10.216/2001, hace más de 10 años, hayan se establecido las directrices del nuevo modelo de salud mental a ser implementado en el País. En este sentido, es importante saber los entendimientos que el Poder Judicial tiene sobre las cuestiones relativas a los internamientos psiquiátricos. La presente investigación tuvo el objetivo general de conocer las representaciones sociales del Tribunal de Justicia de São Paulo – TJSP, sobre el derecho al internamiento psiquiátrico, y los objetivos específicos de: 1) Caracterizar las demandas relacionadas al internamiento psiquiátrico sometidas al TJSP; 2) Identificar como las demandas relacionadas al internamiento psiquiátrico son sustentadas por la parte apelante en juicio; 3) Identificar como las demandas relacionadas al internamiento psiquiátrico son defendidas por la parte apelada en juicio; 4) Identificar las representaciones sociales presentes en los posicionamientos de 2ª Instancia del TJSP en la jurisprudencia acumulada sobre las demandas relativas al internamiento psiquiátrico; 5) Comparar los resultados de 2ª Instancia con los de 1ª Instancia. Fue utilizada un abordaje con métodos mixtos de coleta y análisis de datos, empleándose la estadística descriptiva para la medida de las variables cuantitativas y el Discurso del Sujeto Colectivo, para las variables cualitativas. Se aplicó la Teoría de las Representaciones Sociales como referencia teórica de interpretación de los discursos colectados. En el sitio electrónico del TJSP, fueron colectados las decisiones de acciones juzgadas en 2ª Instancia, proferidas en razón de los recursos de apelación, publicados en el período de enero de 1998 hasta diciembre de 2012, referentes a los internamientos psiquiátricos reclamados para el Sistema Único de Salud – SUS, y para el Sistema de Salud Suplementar. Las variables cuantitativas fueron digitadas, procesadas, tabuladas y categorizadas en los programas Excel, SPSS v. 6, y las variables cualitativas, en el programa Qualipro. En el SUS, la internación alegada en juicio fue la obligatoria (no voluntaria). En estos procesos, los jueces representaron el internamiento, mayoritariamente, como una medida de protección de la dignidad del portador de trastorno mental y, minoritariamente, como una violencia contra esa misma dignidad. En el Sistema de Salud Suplementar, la representación judicial asumió el foco del consumidor, apoyado en la práctica abusiva de la cláusula limitativa del internamiento psiquiátrico y en el derecho superior a la vida. El derecho a la salud, vislumbrado en las decisiones, se resumió al derecho de acceso a los servicios de salud, al derecho a la enfermedad. La comprensión tanto del Poder Judicial cuanto de los apelados e apelantes de los dos sistemas investigados fue del derecho a la salud como derecho al bien de salud reclamado en juicio, lo que pone muchos desafíos para los sistemas de salud e para el Poder Judicial frente a la consolidación de los ideales de la reforma psiquiátrica puesta en la Ley n. 10.216/2001.

Palabras-clave: Internamiento psiquiátrico. Internamiento no voluntario. Justicia de la salud. Sistema único de salud. Planos de salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Esquema das interligações dos elementos implicados na judicialização da internação psiquiátrica.	19
Figura 2 – Esquema da revisão de literatura para a abordagem da judicialização da internação psiquiátrica.	27
Figura 3 – Relações entre o indivíduo, conteúdos, interação e objetos sociais, consoante a Teoria das Representações Sociais.	50
Figura 4- Movimentos de definição do objeto social.	51
Figura 5- Assimilação de conteúdos e transmissão das representações sociais pelos juízes. .	54
Figura 6 – Fluxo do processo civil até a 2ª Instância, com peças-chave processuais para a compreensão da coleta de dados.....	59
Figura 7- Fluxograma do processo de coleta de dados.	62
Figura 8 – Construção do Discurso do Sujeito Coletivo dos juízes.	67
Figura 9 – Relação entre objetivos, métodos e questões dos protocolos de registro de dados.	69
Figura 10- Categorias das ideias centrais dos discursos dos juízes sobre a internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012.....	80
Figura 11 - Percentuais de categorias das ideias centrais nos discursos dos juízes sobre a internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo 2008 – 2012.	80
Figura 12 - Categorias das ideias centrais dos discursos dos juízes sobre a internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012.....	95
Figura 13– Percentuais de categorias das ideias centrais nos discursos dos juízes sobre a internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012.....	95
Figura 14– Esquema das Representações Sociais manifestas nos acórdãos sobre internações psiquiátricas no Sistema Único de Saúde.....	164
Figura 15– Esquema das Representações Sociais manifestas nos acórdãos sobre internações psiquiátricas no Sistema de Saúde Suplementar.....	169
Figura 16– Esquema das Representações Sociais manifestas nos acórdãos sobre internações psiquiátricas nos Sistemas Único de Saúde e de Saúde Suplementar.....	171

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição no espaço e no tempo das ações judiciais (n=96), relativas à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, julgadas pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008 – 2012	71
Tabela 2 - Posição das partes interessadas nos acórdãos (n=96), proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, 2008-2012.....	72
Tabela 3 - Demandas judiciais e concessão de tutela antecipada citadas nos acórdãos (n=96), proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, 2008-2012	72
Tabela 4 - Situações de saúde citadas nos acórdãos (n=96), proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde , 2008-2012.....	73
Tabela 5 - Drogas citadas nos acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, 2008-2012.....	74
Tabela 6 - Julgamentos com decisões de 1 ^a e de 2 ^a Instâncias constantes nos acórdãos, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, 2008-2012	74
Tabela 7 - Motivos das extinções dos processos judiciais em 1 ^a Instância, constantes dos acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde 2008 - 2012	75
Tabela 8 - Posicionamento dos acórdãos proferidos em 2 ^a Instância pelo Tribunal de Justiça de São Paulo quanto à favorabilidade à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, nas decisões que ordenaram o retorno dos processos à 1 ^a Instância, 2008 - 2012	75
Tabela 9 - Interdição judicial e indicação médica para a internação psiquiátrica mencionadas nos acórdãos (n=96), proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, 2008-2012.....	76
Tabela 10 - Decisões judiciais sobre internação psiquiátrica segundo indicação médica para internação nos acórdão (n=96), proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos ao Sistema Único de Saúde, 2008-2012	77
Tabela 11 - Argumentos das Prefeituras Municipais do estado de São Paulo e da Fazenda Pública do Estado de São Paulo mencionados nos acórdãos (n=96), proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde 2008 - 2012.....	77
Tabela 12 - Argumentos das pessoas a serem internadas, de seus familiares e de seus representantes, favoráveis à internação psiquiátrica mencionados nos acórdãos (n=96), relativos ao Sistema Único de Saúde, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008 - 2012.....	78

Tabela 13 - Argumentos das pessoas a serem internadas, de seus familiares e de seus representantes, desfavoráveis à internação psiquiátrica mencionados nos acórdãos (n=96), relativos ao Sistema Único de Saúde, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008 - 2012.....	78
Tabela 14 - Legislações e normas que fundamentaram as decisões nos acórdãos (n=96), proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde 2008-2012	79
Tabela 15 - Distribuição no espaço e no tempo das ações judiciais (n=88), relativas à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, julgadas pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008 – 2012.....	85
Tabela 16 – Posição das partes interessadas nos acórdãos, relativos à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012.....	86
Tabela 17 – Operadoras mais citadas e suas segmentações, data da contratação, tipo e segmentação dos planos de saúde citados nos acórdãos (n=88), relativos à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008 – 2012	87
Tabela 18 – Demandas judiciais e concessão de tutela antecipada citadas nos acórdãos (n=88), relativos à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012	88
Tabela 19 – Situações de saúde citadas nos acórdãos (n=88), relativos à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012	89
Tabela 20 – Julgamentos com decisões de 1ª e de 2ª Instâncias constantes nos acórdãos, relativos à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012.....	89
Tabela 21 - Interdição judicial e indicação médica para a internação psiquiátrica mencionadas nos acórdãos (n=88), relativos ao Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012	91
Tabela 22 – Decisões judiciais sobre internação psiquiátrica segundo indicação médica para internação nos acórdãos, relativos ao Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012.....	91
Tabela 23 – Argumentos das operadoras de planos de saúde mencionados nos acórdãos (n=88), relativos à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012	92
Tabela 24 – Argumentos dos beneficiários de planos de saúde mencionados nos acórdãos (n=88), relativos à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012	93
Tabela 25 – Legislações e normas que fundamentaram as decisões nos acórdãos (n=88), relativos à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012.....	94

Tabela 26– Comarcas de origem das ações judiciais de internação psiquiátrica referentes ao Sistema Único de Saúde e ao Sistema de Saúde Suplementar 204

Tabela 27– Operadoras de planos de saúde citadas nos acórdãos sobre internação psiquiátrica, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008 – 2012..... 211

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Objetivos da pesquisa	19
1.2	Justificativa e contribuições do estudo	21
2	REVISÃO DE LITERATURA	27
2.1	A Assistência psiquiátrica no Brasil e seu processo de reforma	28
2.2	A assistência à saúde do usuário/dependente de drogas.....	33
2.3	Breve panorama da assistência à saúde mental no Sistema Único de Saúde	38
2.4	A assistência à saúde mental no Sistema de Saúde Suplementar	39
2.5	O direito à saúde no Brasil.....	41
2.6	A judicialização da assistência à saúde mental.....	44
3	REFERENCIAL TEÓRICO DE INTERPRETAÇÃO.....	48
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	57
4.1	Coleta dos dados	58
4.2	Análise dos dados.....	63
4.3	Considerações éticas.....	69
5	RESULTADOS.....	70
5.1	Jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo sobre as internações psiquiátricas civis no Sistema Único de Saúde	70
5.1.13.2	Discurso do Sujeito Coletivo dos Juízes	80
5.2	Jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo sobre as internações psiquiátricas civis no Sistema de Saúde Suplementar	84
5.2.13.2	Discurso do Sujeito Coletivo dos Juízes	96
6	DISCUSSÃO.....	101
6.1	As internações psiquiátricas por via judicial no Sistema Único de Saúde	101
6.2	As internações psiquiátricas por via judicial no Sistema de Saúde Suplementar	134
7	INTERPRETAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	159
7.1	Representações Sociais no Sistema Único de Saúde	159
7.2	Representações Sociais no Sistema de Saúde Suplementar	165
8	CONCLUSÕES	172
	REFERÊNCIAS.....	179
	GLOSSÁRIO JURÍDICO	193
	APÊNDICE A – Protocolo de registro de dados 1	195

APÊNDICE B – Protocolo de registro de dados 2	198
APÊNDICE C – Acórdãos pesquisados referentes às internações psiquiátricas no Sistema Único de Saúde	201
APÊNDICE D – Comarcas citadas	204
APÊNDICE E – Municípios que figuraram como polo passivo nos acórdãos relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde	206
APÊNDICE F - Acórdãos pesquisados referentes às internações psiquiátricas no Sistema de Saúde Suplementar	207
APÊNDICE G – Operadoras citadas	211
APÊNDICE H – Pedido de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido	213
APÊNDICE I – Carta ao Tribunal de Justiça de São Paulo	214
APÊNDICE J – Carta ao Conselho Nacional de Justiça	215
ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP	216

1 INTRODUÇÃO

*A tarefa não é tanto ver aquilo
que ninguém viu, mas pensar o
que ninguém ainda pensou
sobre aquilo que todo mundo
vê.*

Arthur Schopenhauer

Aproximadamente, em todo o mundo, 450 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno mental ou comportamental (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001). O envelhecimento e determinantes sociais, como a pobreza, violência, desigualdades e agitação da vida moderna, tendem a elevar esse número, se considerarmos que os problemas mentais têm influências não só biológicas, mas também ambientais e sociais. Essa situação, aliada às repercussões políticas, econômicas e sociais que acarreta, tem colocado a questão dos transtornos mentais e de sua assistência na agenda internacional da saúde.

A assistência à saúde mental e aos portadores de transtornos mentais há muito são motivo de preocupação e discussão em diversos países. Em 2003, atuando como enfermeira em uma instituição pública de saúde, pude vivenciar situações assistenciais a portadores de transtornos mentais que já marcavam os esforços públicos e dos profissionais de saúde na direção dos novos paradigmas para a assistência psiquiátrica no Brasil: a de uma assistência baseada nos princípios da desinstitucionalização, com a existência de alternativas extra-hospitalares, de atenção à saúde e de assistência social, cujo objetivo é a reabilitação do indivíduo e sua reinserção social. Entretanto, a situação da atenção à saúde mental no Brasil continuava repleta de desafios, dentre os quais a precariedade de uma rede assistencial substitutiva à internação psiquiátrica, a insuficiente qualificação dos profissionais para as práticas assistenciais orientadas pelos novos paradigmas e a coexistência do velho modelo de atendimento nos serviços de saúde. Vale lembrar que a Lei nº 10.216/2001 redirecionou o modelo de atenção em saúde mental no País, objetivando garantir “o melhor tratamento do sistema de saúde”, direitos e proteção à pessoa portadora de transtorno mental (BRASIL, 2001, p.1).

Em 2005, quando ingressei na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia pública responsável pela regulação dos planos de saúde – participei de discussões e da elaboração de políticas assistenciais para o sistema de saúde suplementar, que é o sistema

de assistência à saúde constituído pelos planos privados de saúde. Dentre essas políticas, de maneira muito tímida, colocavam-se as questões de saúde mental para o setor. Mais tarde, atuando no núcleo da ANS em Ribeirão Preto, setor cuja atividade principal é a investigação de denúncias formuladas por beneficiários de planos de saúde, constatei a existência de demandas de saúde mental. Geralmente, versavam sobre cobertura de internações psiquiátricas negadas pelas operadoras de planos de saúde. Em algumas demandas, era possível observar que o beneficiário, antes de procurar a ANS, já havia ingressado no Poder Judiciário contra a operadora de planos de saúde. Em outras situações, o beneficiário recorria ao Poder Judiciário durante a instrução processual ou após a decisão de 1ª instância na ANS. É importante ressaltar que essas constatações são oriundas de uma atividade laboral cotidiana, não sendo ainda objeto de investigação científica por parte da academia ou da ANS.

A problemática da assistência à saúde mental no Sistema de Saúde Suplementar é mais evidente, visto que, diferentemente do Sistema Único de Saúde - SUS, ainda carece de diretrizes para o seu bom funcionamento. O tratamento dispensado à saúde mental pelos normativos do Sistema de Saúde Suplementar, apesar dos esforços realizados com a publicação da Resolução Normativa n. 211/2010, ou simplesmente RN n. 211, e subsequentes, que modificam e integram a assistência à saúde mental no rol de procedimentos do setor, é insuficiente para a garantia de uma atenção de boa qualidade e sugere a pouca importância que essa área tem para o regulador. Entretanto, a ocorrência dos transtornos mentais tem-se tornado cada vez mais comum (MARAGNO et al., 2006), sendo necessário, portanto, que a ANS regule, de maneira mais eficiente, essa área da assistência, para que os planos de saúde estejam preparados para o aumento dessa demanda e para dar um atendimento de qualidade aos beneficiários que precisarem dessa assistência.

É possível afirmar que o Sistema Único de Saúde –SUS –, sistema público de atendimento à saúde da população brasileira, baseado na regionalização e na hierarquização das ações e dos serviços públicos de saúde, tal como definido na Constituição de 1988, também possui muitos desafios para a consolidação da reforma psiquiátrica. Contudo, há mais de 25 anos se discutem, no âmbito do referido sistema, os modelos assistenciais de saúde mental e, ainda hoje, apresentam-se muitos obstáculos à vigência de um modelo único, que privilegie a desinstitucionalização, o resgate da cidadania e o respeito à subjetividade do portador de sofrimento mental (FORTES, 2010). Assim, não é surpreendedor que o Sistema de Saúde Suplementar, que existe há pouco mais de 50 anos, tendo sua regulação estatal se iniciado há cerca de 15 anos, enfrente muitas dificuldades.

Algumas dessas dificuldades, presentes nos sistemas de saúde público e privado, extrapolam seus limites e, frequentemente, provocam o Poder Judiciário. O direito à saúde, direito subjetivo e fundamental, definido na Carta Magna de 1988, tem-se transformado em marca essencial no processo de politização da justiça no Brasil (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2008). O Poder Judiciário, cada vez mais, vem intervindo nos assuntos relativos à garantia do direito à saúde, uma vez que se tornou um grande espaço de reivindicação e discussão dos usuários e beneficiários dos sistemas de saúde. Esse fenômeno, caracterizado pela intervenção concorrencial do Judiciário com outras instâncias políticas e legislativas responsáveis pela elaboração das políticas públicas, é descrito pelos cientistas sociais como judicialização da saúde (SOUZA et al., 2007).

Há alguns estudos (ASENSI, 2010; BORGES; UGÁ, 2009; SCHEFFER, 2006; VENTURA et al., 2010) sobre a judicialização da saúde referentes aos sistemas público e de saúde suplementar que enfocam temas específicos, como assistência farmacêutica e planos de saúde. Só recentemente a assistência à saúde mental, notadamente no que concerne às internações psiquiátricas por via judicial, começa a suscitar questionamentos entre operadores do direito e profissionais da assistência à saúde, embora, desde o advento da Lei 10.216/2001, há mais de 10 anos, tenham sido estabelecidas as diretrizes do novo modelo de saúde mental a ser implementado no País e a internação compulsória, que resulta da decisão de um magistrado.

Alguns autores evidenciam que a judicialização da saúde vem crescendo, sendo maior a cada ano (PEPE et al., 2010; SCHEFFER, 2006; TRETTEL, 2009; VENTURA et al., 2010). Autores como Fortes (2010) e Scheffer (2006) indicam a existência das internações psiquiátricas por ordem judicial, mas não exploram suas características. Nesse sentido, é relevante saber os entendimentos que o Poder Judiciário tem sobre as questões relativas à saúde mental que lhe são levadas, notadamente sobre o direito à internação psiquiátrica, uma vez que é o poder responsável pela aplicação das Leis e pela decisão sobre um determinado direito que, neste caso, envolve a saúde de um cidadão.

Os entendimentos do Poder Judiciário, por sua vez, embasam-se, não somente nas Leis existentes, mas também nos argumentos das partes envolvidas na lide e no contexto social e cultural no qual se inserem, uma vez que estão intrincados em uma complexa rede constituída pelas políticas de saúde existentes, pelos modelos assistenciais praticados e pelos impactos econômicos e sociais resultantes das políticas e modelos de assistência à saúde estabelecidos,

e do próprio processo de internação psiquiátrica, que se influenciam reciprocamente. Além disso, o saber do senso comum, ou seja, as crenças populares sobre os transtornos mentais e a internação psiquiátrica, também pode influenciar as decisões judiciais. Conhecer os entendimentos do Poder Judiciário sobre o direito à internação psiquiátrica irá contribuir para a discussão a respeito dos avanços e desafios do modelo de assistência à saúde mental que se pretende consolidar no Brasil, o qual busca a superação do tratamento manicomial e sua substituição pela assistência em serviços comunitários abertos.

A figura abaixo representa, esquematicamente, as interligações dos elementos comentados e implicados na questão da judicialização da internação psiquiátrica.

Figura 1- Esquema das interligações dos elementos implicados na judicialização da internação psiquiátrica.

1.1 Objetivos da pesquisa

Dessa forma, o objetivo geral desta pesquisa é **conhecer as representações sociais do Tribunal de Justiça de São Paulo – TJSP, sobre o direito à internação psiquiátrica**. O alcance desse objetivo de pesquisa pode evidenciar desafios para a consolidação do modelo de assistência à saúde mental no País.

Como objetivos específicos de pesquisa, foram estabelecidos:

- 1) Caracterizar as demandas judiciais relacionadas à internação psiquiátrica submetidas ao TJSP;
- 2) Identificar como as demandas judiciais relacionadas à internação psiquiátrica são sustentadas pela parte apelante em juízo;

- 3) Identificar como as demandas judiciais relacionadas à internação psiquiátrica são defendidas pela parte apelada em juízo;
- 4) Identificar as representações sociais presentes nos posicionamentos de 2ª Instância do TJSP na jurisprudência acumulada sobre as demandas judiciais relativas à internação psiquiátrica;
- 5) Comparar os resultados das decisões de 2ª Instância com os de 1ª Instância.

Como guia para o alcance dos objetivos propostos, para cada objetivo específico foram formuladas as questões norteadoras abaixo (que serviram de base para a elaboração dos instrumentos de coleta de dados):

- a) Quem são os apelantes das demandas judiciais relativas à internação psiquiátrica?
- b) Quais são os pedidos relativos à internação psiquiátrica submetidos ao TJSP?
- c) Quais situações de saúde são apresentadas nessas demandas como justificativas dos pedidos relativos à internação psiquiátrica?
- d) Houve avaliação médica que sustentasse a necessidade da internação psiquiátrica?
- e) Quais são os argumentos sustentados pelos apelantes?
- f) Quem são os apelados nesses processos?
- g) Quais os argumentos utilizados pelos apelados para sustentar sua defesa?
- h) O que é decidido pelos juízes? Qual sua posição no processo?
- i) Quais os argumentos utilizados pelos juízes para embasar suas decisões?
- j) Existem semelhanças e diferenças entre as demandas nas quais estão envolvidos o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Saúde Suplementar?

Assim, para o primeiro objetivo, foram formuladas as perguntas “a”, “b”, “c”, “d” e “f”; para o segundo objetivo, a pergunta “e”; para o terceiro objetivo, a pergunta “g”; para o quarto objetivo, as perguntas “i” e “j”, e para o quinto objetivo, a pergunta “h”.

1.2 Justificativa e contribuições do estudo

Estimativas da Organización Mundial de la Salud (2010) concluem que os transtornos mentais representam 12% da carga global de morbidade. Depressão, psicoses, alcoolismo, dependência química e suicídios estão entre as maiores causas mundiais dos transtornos mentais. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), no Brasil, 3% da população sofrem com transtornos mentais severos e persistentes e 6% apresentam transtornos psiquiátricos em virtude do uso de álcool e outras drogas. Contudo, somente a minoria dos portadores de transtornos mentais recebe sequer o tratamento elementar (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SAÚDE, 2001). Tal constatação remete à discussão dos impactos que o transtorno mental e sua abordagem podem trazer para os países.

Aduz-se do texto da Lei n.º 10.216/2001, que redireciona o modelo de atenção em saúde mental no Brasil, a intenção do legislador em priorizar o tratamento na comunidade, fora da instituição hospitalar, sendo a internação psiquiátrica a última alternativa para o tratamento. Esta Lei também prevê a modalidade de internação compulsória, determinada por um juiz.

Poucos autores salientam a participação da Justiça nas ordens para internação psiquiátrica de adultos e adolescentes (FORTES, 2010; SCISLESKI; MARASCHIN, 2008). Há algumas evidências de que famílias de indivíduos acometidos por transtornos mentais têm buscado, com não rara frequência, a internação dessas pessoas por via judicial, como uma tentativa de eliminar os problemas advindos desses respectivos transtornos.

É possível concluir, pelos trabalhos daqueles autores, que a assistência a pessoas portadoras de transtornos mentais se tornou um desafio ainda maior para as famílias, para os profissionais de saúde que atuam nessa área e para a sociedade, em geral, que necessita aprender a lidar com a “loucura” e com a dependência química de formas diferentes da segregação e da exclusão social que, historicamente, se concretizaram como métodos de abordagem aos transtornos mentais. No entanto, os problemas familiares e sociais que, geralmente, ocorrem nestas situações (alteração da rotina doméstica, restrição de atividades sociais, sofrimento da família, aumento dos gastos com saúde, furtos, violência, uso de drogas) levam, principalmente, a família a procurar o Poder Judiciário para solicitar a internação do portador de transtorno mental. É como se a família visasse, com a internação psiquiátrica, à eliminação de um problema social.

O Poder Judiciário, por sua vez, busca a garantia de um direito constitucional, nesse caso, a saúde. Entretanto, não possui a robustez de conhecimento técnico e científico na área da psiquiatria, bem como não participa das discussões políticas acerca dos modelos de atenção aos transtornos mentais. Quando chamado à lide, posiciona-se visando a resguardar o direito à saúde de quem o pleiteia, direito que se materializa na concessão do bem de saúde demandado em juízo, sem adentrar nas questões que envolvem os modelos assistenciais existentes e adequados para o caso *sub judice*. Dessa forma, corre o risco de se tornar um canal para as internações psiquiátricas desnecessárias, constituindo-se em uma importante barreira aos ideais da reforma psiquiátrica que se busca consolidar no Brasil. Fortes (2010) já adverte sobre essa infortunada consequência em seu trabalho sobre tratamento compulsório e internações psiquiátricas.

A problemática da judicialização da saúde, na qual se coloca também a internação psiquiátrica, tem suscitado o Poder Judiciário a investigar essas questões com mais profundidade. Com essa finalidade, foram criados, por meio da Portaria n.º 25/2011 (BRASIL, 2011b) do Conselho Nacional de Justiça, Comitês Executivos de Saúde Estaduais em quatorze estados brasileiros. Esses comitês possuem representantes do Poder Judiciário, do Poder Executivo da Saúde e membros assessores atuantes em diversas áreas do conhecimento científico, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e advogados, dentre outros.

Na primeira reunião do Comitê Executivo de Saúde do Estado de São Paulo - COEXES, em 18 de maio de 2011, foi levantada a questão do crescimento das demandas por internação psiquiátrica pela via judicial, em casos de transtorno mental e de dependência química. Foram evidenciadas situações nas quais não há avaliação por perícia médica que preceda à ordem judicial de internação, sendo apontado que tais condutas causam prejuízos ao paciente, que se vê privado de sua liberdade quando a internação não é o tratamento mais adequado, além de importantes impactos negativos para o sistema de saúde, que tem seus recursos consumidos em uma terapêutica que não trará os resultados esperados e, como consequência, tem reduzido sua capacidade de internação para os pacientes que realmente necessitam dela (REUNIÃO DO COMITÊ EXECUTIVO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011).

Os trabalhos dos Comitês demonstram um momento de abertura ao diálogo que começa a se estabelecer entre os poderes constituídos e a influência que a produção do

conhecimento científico da saúde sobre as questões que envolvam a judicialização da saúde pode ter nas condutas futuras desses poderes.

Conhecer as representações sociais do TJSP sobre a questão da internação psiquiátrica por via judicial, por meio dos posicionamentos dos juízes nas decisões de 2ª Instância, poderá ajudar a traçar um panorama dessa situação que foi, primariamente, levantada pelos membros desse próprio tribunal, juntamente com a Promotoria de Justiça do estado de São Paulo (REUNIÃO DO COMITÊ EXECUTIVO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011). Uma importante razão para a pesquisa abranger o estado de São Paulo é o fato de esta ser a unidade da Federação que concentra o maior número de hospitais psiquiátricos, leitos psiquiátricos (DISTRIBUIÇÃO [...], 2010), operadoras e beneficiários de planos de saúde, constituindo-se, portanto, em um *locus* onde a ocorrência de tais demandas judiciais tende a ser maior. Além disso, o TJSP é a instância competente para julgar em 2ª Instância os recursos das ações judiciais com demandas relativas à internação psiquiátrica e possui toda a jurisprudência sobre o referido assunto disponível para acesso público em seu sítio na Internet.

Dado que as decisões de 2ª Instância exercem influência sobre as decisões tomadas na instância inferior, uma vez que se alcance o entendimento de qual(is) a(s) decisão(ões) mais acertada(s) nesses casos, julgamentos semelhantes tenderão a se repetir. Dessa forma, poderá ser possível estabelecer um diálogo com o Poder Judiciário, bem como torná-lo um aliado no processo de garantia do direito ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às necessidades da pessoa portadora de transtorno mental, conforme estabelecido na Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001).

A caracterização das demandas judiciais relativas à internação psiquiátrica assume importância por revelar os atores dessas ações, o que pensam e o que pedem em juízo, bem como a fundamentação de seus pedidos e os interesses que podem estar em jogo, fornecendo mais subsídios para o conhecimento das representações sociais dos juízes sobre essas demandas que, por sua vez, acabam por determinar a internação psiquiátrica judicial. Nesse sentido, é necessário salientar que os apelantes desses processos de 2ª Instância são, geralmente, usuários do SUS, beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar, seus familiares, seus responsáveis ou até associações de classe. Os apelados, por sua vez, geralmente, figuram como algum nível de gestão do SUS ou como gestor (Secretaria/Secretário Municipal de Saúde, Secretaria/Secretário de estado da Saúde,

Ministério da Saúde), operadoras de planos de saúde e até mesmo o próprio juiz que determinou a internação. Contudo, é possível a inversão desses papéis, a depender de quem tenha sido o autor da ação de 1ª Instância e do resultado dessa decisão.

A compreensão do direito ao melhor tratamento do sistema de saúde e o conhecimento das representações sociais dos juízes sobre o direito à internação psiquiátrica representam duas lacunas teóricas para as quais a presente pesquisa pretende agregar saberes, com a intenção de discutir esses assuntos e, inclusive, fazer proposições para a melhoria da assistência à saúde mental no País.

A pesquisa também objetiva a investigação de semelhanças e diferenças entre as decisões das demandas que envolvem o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Saúde Suplementar. Esse interesse advém da necessidade de se conhecer as diferenças e as semelhanças existentes no processo de judicialização em cada um desses sistemas para a resolução de um mesmo problema.

Acredita-se que a presente pesquisa trará importantes contribuições acadêmicas e sociais. Realizadas buscas nas bases de dados nacionais e internacionais (BIREME, SCIELO, LILACS, PUBMED, ISI WEB of Knowledge e SCOPUS), não foram encontrados trabalhos que demonstrassem o posicionamento ou as representações sociais do Poder Judiciário nas decisões que envolvem a internação psiquiátrica, compondo-se tal pesquisa em um estudo inédito. Para o meio acadêmico, será, provavelmente, um dos primeiros trabalhos a investigar o perfil das internações psiquiátricas por ordem judicial, dando a conhecer os atores sociais dessas demandas, seus pedidos, as decisões a eles relacionadas, ampliando as discussões sobre as políticas de atenção à saúde mental e seus desafios.

Além disso, a produção do conhecimento científico é fundamental para a sensibilização de alguns atores envolvidos neste cenário – Poder Judiciário, Sistema Único de Saúde e Sistema de Saúde Suplementar–, para trazer à baila questões que precisam compor uma agenda permanente de discussão nesses espaços, esclarecer e agregar conhecimentos aos operadores do direito (advogados, promotores, juízes, órgão de defesa do consumidor, entidades representantes de usuários), e finalizando por tornar as decisões judiciais mais justas e concernentes com as políticas de saúde do País. Assim, ampliando os comentários de Marques e Dallari (2007), que dizem que o sistema jurídico precisa conhecer as políticas públicas de saúde do Brasil, é necessário que o sistema jurídico conheça os elementos das

políticas de saúde mental do País, para que seja garantido o direito à assistência à saúde mental de forma adequada para toda a coletividade que dele usufrui.

Se o conhecimento das políticas públicas de atenção à saúde mental é uma necessidade para o sistema jurídico, tal é um dever para os profissionais atuantes nessa área. Logo, a pesquisa poderá levantar questionamentos sobre a formação em saúde e a educação permanente em serviço, uma vez que são os profissionais, no dia a dia do atendimento ao portador de transtorno mental, que dão o tom da reforma. Ratificando e expandindo as ideias de Salvatori (2011) a respeito dos desafios da educação profissional, a interdisciplinaridade intrínseca ao objeto aqui tratado coloca a grande necessidade do desenvolvimento da integração entre diferentes áreas do saber e o constate exercício do diálogo, a fim de permitir uma formação profissional capaz de atender aos desafios impostos pela assistência à saúde mental.

Os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, auxiliares de enfermagem) atuantes nessa área são, em grande parte, os responsáveis pelo sucesso ou pelo fracasso do novo paradigma assistencial em saúde mental. Se eles não incorporarem os novos conceitos, as novas práticas, e não conseguirem desenvolvê-las, seja por obstáculos políticos, estruturais, educacionais, seja por culturais, não haverá a consolidação da nova proposta. Além disso, é necessário incluir, na formação profissional em saúde, a abordagem do Sistema de Saúde Suplementar e, em particular, das políticas de saúde desse sistema que, tradicionalmente, caminham à margem das do SUS. Num estudo realizado em 11 cursos de graduação na área da saúde de uma grande universidade pública brasileira, Salvatori et al. (em fase de elaboração)¹ constataram que quase 80% dos alunos desses cursos não receberam conteúdos sobre o Sistema de Saúde Suplementar nas disciplinas de graduação, afirmando, ainda, que a formação profissional em saúde não está respondendo de maneira adequada às demandas dos sistemas de saúde.

Por esse motivo, torna-se urgente que os centros formadores e mantenedores de trabalhadores da saúde assumam seus papéis na reformulação do ensino das políticas de saúde mental do Brasil e preparem, adequadamente, os profissionais da saúde para lidar com as novas questões que são colocadas pela política de atenção à saúde. Esta situação, inclusive,

---

¹ Salvatori R. T. et al. Sistema de Saúde Suplementar: uma reflexão necessária para a formação política na saúde.

está muito bem identificada na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004).

A sociedade, a quem deve interessar todo progresso científico (uma vez que a razão desse último deveria ser o progresso social), poderá discutir ações concretas que considerem um novo olhar para a internação psiquiátrica por via judicial, entendendo-a mais como um reflexo da incapacidade da própria sociedade em lidar com a problemática do transtorno mental do que como uma panaceia. Mais do que isso: que os resultados deste estudo possam promover a melhoria da utilização da via judicial, traduzida pelos esforços públicos na consolidação de um modelo assistencial aberto e de uma sociedade sem manicômios.

2 REVISÃO DE LITERATURA

É do buscar e não do achar que nasce o que eu não conhecia.
Clarice Lispector

Neste capítulo, apresenta-se uma revisão dos temas principais tratados nesta pesquisa: a evolução da assistência psiquiátrica no Brasil e o processo de reforma psiquiátrica; a assistência à saúde do usuário/dependente de drogas (uma vez que essa assistência se insere no âmbito da saúde mental); as participações do Sistema Único de Saúde e do Sistema de Saúde Suplementar na assistência à saúde mental; o direito à saúde e a judicialização da assistência à saúde mental. A figura a seguir representa a relação dos itens a serem apresentados:

Figura 2 – Esquema da revisão de literatura para a abordagem da judicialização da internação psiquiátrica.

2.1 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 fase anterior à reforma psiquiátrica, período que se estende desde o Brasil colônia até meados de 1970, e a fase posterior ao movimento de reforma, que vai do final da década de 1970 até os dias atuais. É importante salientar que 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, na verdade, 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 passa 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. Daí, a associação com a periculosidade e a necessidade do controle social (AMARANTE, 1998).

A filosofia mercantilista, que tinha na produtividade seu primeiro pressuposto, contribui 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, geralmente, sujos, sem iluminação e sem ventilação adequada. Lá, 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 social.

É no período que se segue à Revolução Francesa, no final do século XVIII, que a loucura assume a conotação de doença mental. A diferença humana é então transformada, pela ciência, em doença. Surge 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.

Ao ocultarem-se os loucos em instituições especializadas para tratar a loucura, esta foi definitivamente excluída do espaço social (BIRMAN, 1978). Se, por um lado, a concepção moderna sobre a loucura oferece oportunidades terapêuticas por meio da assistência médica, por outro, cria uma condição negativa e patológica para a loucura e, por consequência, subtrai do louco sua cidadania.

O Brasil, nesse período, 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, começa 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 sociedade da época compreendia a loucura como uma ameaça à segurança social e

via o recolhimento e o encarceramento dos loucos como a forma apropriada de tratar as pessoas que sofriam de transtornos mentais. Assim, a mesma autora comenta (p. S324) 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. 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 eletroconvulsoteria (ECT), entre 1930 e 1950 (ALVES et al., 2009), passando pelo tratamento medicamentoso com a clorpromazina, choque insulínico, terapia convulsiva com metrazol e mergulhamento em banheiras de gelo. A medicina “psiquiatriz” a loucura. Vê 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 começam 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: a de curar pessoas. Além disso, havia a necessidade de acolher e recuperar os feridos e traumatizados, egressos da II Guerra Mundial, com o objetivo de reconstruir o Estado. O momento era de transformação mundial, com a revolução das artes, movimento feminista e pela reconstrução dos Estados Nacionais. Nesse contexto, começam, também, iniciativas pela reorganização da assistência psiquiátrica. Os movimentos iniciados pelos Estados Unidos e pela Europa, sobretudo pela Itália, com Franco Basaglia, começam, 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, p.246).

Assim, com o apoio do governo militar, desenvolve-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 usuários e familiares de portadores de transtorno 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 efetivo de serviços assistenciais alternativos ao portador de transtornos mentais. Esse fenômeno foi responsável pela desassistência a uma parcela desses usuários que, desinternados e com muitas dificuldades para acessar a rede substitutiva, tentam, a seu modo, lidar com seus problemas físicos, mentais e sociais.

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, estigmatização e expurgo social. 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 10 anos para ser votada e 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, p.2), 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 ou mesmo a considera. Fortes (2010, p. S329) 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 e social por considerar os efeitos que as decisões do Poder Judiciário podem acarretar para as conquistas das lutas antimanicomiais, relacionadas às tentativas de consolidação de um novo paradigma assistencial aos portadores de transtornos mentais, este baseado na reinserção social do indivíduo e, indiretamente, para o futuro de uma nação.

Sabe-se, também, que as representações da internação psiquiátrica para a sociedade são elaboradas com base nos conhecimentos, informações, opiniões, conceitos, imagens, experiências e vivências que os indivíduos que a integram compartilham sobre o transtorno mental, o que tem profunda relação com o contexto no qual suas elaborações se produzem.

Do mesmo modo, os juízes possuem representações da internação psiquiátrica que foram elaboradas no mesmo contexto social e cultural das partes que litigam no processo judicial, contexto esse marcado pela associação dos transtornos mentais à periculosidade e seu tratamento à exclusão e ao ocultamento sociais. Por esse motivo, o conhecimento das representações sociais sobre a internação psiquiátrica presentes nas decisões dos juízes constitui-se, além de um parâmetro para compreender a evolução da assistência à saúde mental, um instrumento relevante para o início de um diálogo com o Poder Judiciário, visando ao alcance de apoio para a consolidação das políticas de atenção à saúde mental, bem como para a garantia do direito ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às necessidades da pessoa portadora de transtorno mental.

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 estes motivos que as políticas de assistência à saúde dos dependentes químicos se tornaram uma prioridade a nível internacional e nacional.

2.2 A assistência à saúde do usuário/dependente de drogas

Dados da *United Nation Office of Drugs and Crime* –UNODC, do Relatório Mundial sobre Drogas (2011), estimam que cerca de 210 milhões de pessoas em todo o mundo, 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 uso indevido do álcool resulta em, aproximadamente, 2,5 milhões de mortes a cada ano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011) e está associado a problemas físicos, familiares e sociais. Vários estudos têm provado a associação entre álcool, drogas, doenças, violência e crimes (GELBCKE; PADILHA, 2004; GONÇALVES; SPOSITO, 2002; MINAYO; DESLANDES, 1998).

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool da População Brasileira refere 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, 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, na operação governamental articulada intra e intersetorialmente com os diversos tipos de organizações privadas e do terceiro setor, buscando 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, 2005a, p.1).

É possível perceber que a atual política para o controle das drogas está norteada pelos princípios da redução: redução da demanda de usuários/dependentes, redução da oferta das drogas e redução dos danos físicos e sociais associados ao seu consumo. Todavia, é conveniente ressaltar que, embora tenha havido uma reorientação da política repressiva do consumo de drogas, como única estratégia de combate, para a prevenção/assistência ao respectivo consumo, as outras duas primeiras abordagens reducionistas continuam a assentar-se em estratégias repressivas, o que, segundo autores como Souza e Kantorski (2007), e Sodelli (2010), pode comprometer as finalidades da própria política, em virtude da difícil associação entre estratégias diametralmente opostas.

Com relação ao tratamento, à recuperação e à reinserção social, a Política Nacional sobre Drogas enfatiza a garantia ao acesso a diferentes modalidades de tratamento, apontando, nomeadamente, unidades básicas de saúde, ambulatorios, Centros de Atenção Psicossocial - CAPSs, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSs ad, grupos de ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospitais-dia, serviços de emergência, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência, e moradias assistidas, como equipamentos a prestarem, articuladamente, entre si e com outros serviços do SUS e do Sistema Único de Assistência Social, assistência aos usuários e dependentes de drogas, e aos seus familiares. A referida política destaca, ainda, que a assistência ao usuário/dependente

deve estar voltada para sua reinserção social, familiar e ocupacional, visto que se constitui em valiosa medida para o rompimento do ciclo consumo/tratamento (BRASIL, 2005a).

Assim, verifica-se 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. Tal política é reafirmada pela Lei n. 11.343/2006, que define os critérios relacionados às drogas ilícitas e trata da assistência ao usuário de drogas, colocando-o no mesmo patamar que o dependente químico. Essa lei dispensa ao usuário não só o tratamento de infrator penal, mas também o de membro da sociedade merecedor de cuidados especiais. Nela se encontram, ainda, orientações acerca do trabalho preventivo que vise à reinserção do usuário à sociedade. Por esse motivo, é conveniente ressaltar que, neste trabalho, serão utilizados, sem distinção semântica, os termos usuário de drogas, dependente de drogas e dependente químico, uma vez que, para o objeto de investigação aqui tratado, tal diferença terminológica não é relevante.

Dessa forma, é possível constatar que, em torno da temática drogas lícitas e ilícitas, existe uma grande preocupação nacional e internacional na redução e na assistência aos usuários de drogas, expressa por meio de leis, decretos, resoluções, políticas de Estado e, inclusive, políticas públicas de saúde.

A preocupação da saúde pública, no Brasil, com o uso de drogas, é recente. Historicamente, essa questão ficava a cargo da justiça, das entidades benemerentes, da filantropia, da educação e da assistência social. A dependência química é mundialmente classificada entre os transtornos psiquiátricos, sendo considerada como uma doença crônica que necessita de controle pelo resto da vida (PRATTA; SANTOS, 2009).

O tratamento dos dependentes químicos, tradicionalmente, teve por base o modelo biomédico, hospitalocêntrico, estando diretamente relacionado à assistência psiquiátrica. Dessa forma, os dependentes químicos eram encaminhados para os hospitais psiquiátricos com a finalidade de sua retirada do convívio social e abstinência, empregando-se para isso as mesmas terapêuticas utilizadas no tratamento dos outros enfermos. O Estado, que acabou por afastar-se relativamente dessa questão, permitiu que se disseminassem formas de tratamentos que privilegiavam a prática psiquiátrica, de regime segregador do convívio social e de caráter totalizador, ou de cunho religioso, que objetivavam a abstinência (BRASIL, 2005b).

A atuação inefetiva do Ministério da Saúde na redução do consumo de drogas foi resultado de um conjunto de fatores que envolveram a elaboração de políticas de saúde fragmentadas, com pouca capilaridade local e abrangência limitada, associada a uma política de redução de danos fundamentada na transmissão do vírus HIV e na síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS, não concorrendo, simultaneamente, com as possibilidades de prevenção e assistência (BRASIL, 2004).

Algumas consequências desse retardo do Ministério da Saúde na implementação de uma política integral dirigida ao consumidor de drogas são percebidas pelos negativos impactos econômicos e sociais que têm atingido o SUS, bem como outros Ministérios, que não conseguem alcançar uma resposta satisfatória em suas ações de redução do uso de drogas.

As iniciativas governamentais restringiam-se a poucos serviços e programas antidrogas, concentrando-se, basicamente, em hospitais universitários. 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, reconhecendo as implicações psicológicas, sociais, políticas e econômicas acarretadas por este problema, construindo uma política, no campo da saúde mental, para tratar das pessoas usuárias de drogas e buscando ampliar o acesso ao tratamento e promover direitos. 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 (op. cit., 2004).

Em 2003, o Ministério da Saúde assume 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: intersetorialidade, 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 esta 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 através da articulação entre as diferentes áreas que estão implicadas nessa problemática (da saúde, da educação, social, de desenvolvimento), envolvendo, fundamentalmente, sociedade

civil, associações, sindicatos e universidades. 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, sedimentando a lógica de redução de danos como seu eixo central, mas lançando mão da utilização de diversas estratégias que permeiam desde a disseminação das informações sobre a prevenção até o incentivo dos usuários/dependentes de drogas na formulação de políticas públicas (BRASIL, 2004).

Conforme se abstrai da política do Ministério da Saúde, a abordagem de redução de danos é o principal norteador para o enfrentamento da problemática associada ao uso e abuso de álcool e outras drogas. Ela pretende considerar a subjetividade do dependente de drogas na defesa de sua vida, sem que o objetivo a ser alcançado seja, necessariamente e a todo o custo, a abstinência. A redução de danos pode ser entendida como um método que, implicando o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e o usuário de drogas, utiliza-se das singularidades dos sujeitos, do aumento da liberdade e da corresponsabilização daquele que está tratando-se. Está alicerçada não só nas ações desenvolvidas pelos CAPSs e redes de saúde, mas também na construção de redes de suporte social, que possibilitem interfaces e relacionamentos entre os agentes envolvidos na resolução de um problema complexo, que atravessa os campos social, político, econômico e psicológico, e não somente o da saúde. Se é na comunidade que o uso indevido de drogas tem lugar, é nesse espaço que devem ser realizadas as ações educativas, preventivas, de redução de danos, de recuperação, de reabilitação e de reinserção social, tendo em vista que os fatores de risco para esse uso indevido estão presentes naquele espaço.

Pode-se, então, afirmar que as redes de saúde, por meio de seus equipamentos abertos e articulados com outros serviços de saúde, têm grande responsabilidade no enfrentamento desse problema. Entretanto, sua atuação isolada ou circunscrita a seus espaços fracassará inevitavelmente, por ser o consumo de drogas um problema complexo, que demanda a ação de outras redes. A construção de outras redes (de educação, de trabalho, de promoção social, de organização governamental e não governamental, de profissionais, de familiares de usuários) e sua articulação constante, por meio do apoio mútuo, é que poderão constituir-se em uma estratégia eficaz para o enfrentamento do problema.

Dessa forma, um problema complexo, como o consumo de drogas, exige soluções compartilhadas entre todos os agentes que lhe estão implicados, para que cada um possa, em conjunto com os demais, propor e implementar medidas para a superação do problema. É nesse espírito de cooperação, articulação e trabalho em rede que o Poder Judiciário, por meio de seus Comitês Executivos de Saúde Estaduais, tem buscado investigar os problemas das internações psiquiátricas por consumo de álcool e outras drogas, fenômeno que tem crescido silenciosamente nos juizados e que se tornou um dos encaminhamentos prioritários no último Fórum do Judiciário para a Saúde, ocorrido em dezembro de 2011.

Se ao Poder Judiciário importa a apuração dessa situação, à saúde pública mais ainda, pelo fato de ser incompatível com os pressupostos da reforma psiquiátrica e da própria Política para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras drogas. Tal fenômeno merece uma investigação científica que deslinde as representações dos juízes acerca dos casos sob seus malhetes, haja vista que são eles que decidem sobre a internação compulsória.

Não obstante os esforços engendrados pelo Sistema Único de Saúde para a superação do modelo psiquiátrico asilar, por meio da criação de serviços diversificados substitutivos aos hospitais, o que se observa é a precarização do atendimento aos portadores de transtorno mental e suas famílias e, conseqüentemente, a busca do espaço hospitalar para remediar, sobretudo, as situações de crise.

2.3 Breve panorama da assistência à saúde mental no Sistema Único de Saúde

O SUS, com a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, foi palco de transformações significativas nas políticas e nas ações relacionadas à saúde mental, com a ênfase na desospitalização da assistência, privilegiando a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico que passaram a compor a Rede de Atenção à Saúde Mental: CAPSs, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas e centros de convivência, respeitando-se as particularidades e as necessidades de cada local (HIRDES, 2009). Essas mudanças buscaram garantir ao usuário do sistema a recuperação e a manutenção de sua saúde por meio de sua reabilitação à convivência social, respeitando seus direitos como cidadãos.

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. Também não há critérios para a aferição da qualidade, que é uma categoria de análise que permeia desde a estrutura do serviço até o atendimento profissional, sendo muito subjetiva e, por isso, de difícil mensuração (BRASIL, 2011a).

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 sofrendores 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 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 e, tardiamente, pela ANS, 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 ANS tem-se preocupado em atribuir caráter mais homogêneo à regulação das coberturas assistenciais afetas à área da saúde mental.

2.4 A assistência à saúde mental no Sistema de Saúde Suplementar

É conveniente elucidar que, no sistema suplementar de assistência à saúde, 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 e administra o funcionamento desses planos. 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, serviços de diagnose) os serviços de saúde utilizados por seus beneficiários.

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 trajetos iniciais fracassados 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.

Nesta perspectiva, verifica-se que o tratamento à saúde mental nas regulamentações da saúde suplementar vigentes não só foi influenciado pelas práticas assistenciais costumeiras da época, como também influenciou a assistência à saúde mental nos períodos que se seguiram a sua publicação.

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).

As políticas de atenção à saúde mental do setor suplementar de assistência à saúde estão dispostas na Resolução CONSU nº 11, publicada em 4 de novembro de 1998, que dispõe sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde – CID, (BRASIL, 1998a) e RN n. 211(e suas atualizações) de 11 de janeiro de 2010, 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, 2010). Essa norma revogou a Resolução CONSU n. 11.

Apesar de priorizar o tratamento ambulatorial expressamente, no normativo vigente, RN n. 211/2010, a cobertura de sessões de psicoterapia estão limitadas quanti e qualitativamente, a depender do diagnóstico recebido pela pessoa. 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% 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. Este 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 Sistema Único de Saúde e, principalmente, dos interesses econômicos intrínsecos ao setor privado (SALVATORI, VENTURA; 2012a).

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, desta forma, qualquer interpretação que o subtraia deve ser relativizada para promover este direito.

2.5 O direito à saúde 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).

Do artigo acima, 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”, o que tem 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).

Da leitura da referida citação, constatamos 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 Sistema Único de Saúde 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.

O artigo 200 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 Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

É possível observar que houve uma grande 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. O conceito de saúde é muito maior do que o de ausência de doença e, por esse motivo, 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. Isto 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, que tem sido discutido por pesquisadores, operadores do direito (juízes, advogados, representantes do Ministério Público, da Defensoria Pública, de órgãos de defesa do consumidor), pelo Conselho Nacional de Justiça e pela sociedade civil organizada, 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 remédio que muitos usuários dos sistemas único e 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 exageradas, não fundamentadas no melhor interesse do paciente e, por este motivo, apresenta-se como uma questão de grande relevância para a compreensão geral das especificidades dos direitos dos portadores de transtornos mentais.

Neste 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.

2.6 A judicialização da assistência à saúde mental

A judicialização da saúde no Brasil começou a ser foco de interesse científico com o advento dos coquetéis antirretrovirais, no início da década de 1990. A AIDS foi a doença responsável pelo maior número de ações judiciais que buscavam amparo do Estado (AMARAL, 2001). Em 1996, o governo publicou uma Lei que determinava a distribuição gratuita dos coquetéis antirretrovirais, sendo o principal ganho do processo de judicialização do acesso ao tratamento medicamentoso para a doença.

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

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, que estabeleceu como um dos objetivos intermediários de uma pesquisa sobre impactos da judicialização da saúde “o estudo das demandas para acesso aos bens de saúde mental” (REUNIÃO DO COMITÊ EXECUTIVO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011). A preocupação com a questão remete à constatação, por parte de magistrados, do crescente aumento de internações psiquiátricas por via judicial.

Durante as reuniões do Comitê Executivo de Saúde do Estado de São Paulo, no ano de 2011, os juízes que o integram relataram o drama de alguns dos 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), de recuperar o membro da família portador de transtorno mental e reinseri-lo na sociedade. 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 (informação verbal)².

---

² Informação fornecida pelos juízes do Comitê Executivo de Saúde do Estado de São Paulo durante as reuniões dos dias 14 de abril, 18 de maio, 15 de junho e 06 de julho do ano de 2011.

Como esta pesquisa tem o objetivo de identificar os posicionamentos de 2ª Instância dos juízes do TJSP acerca das demandas relacionadas à internação psiquiátrica, o escopo de análise serão os acórdãos do respectivo tribunal. Acórdãos são decisões proferidas em 2ª Instância por um colegiado (dois ou mais) de juízes, nesse caso, também chamados desembargadores, e são, na grande maioria das vezes, produzidos como respostas aos recursos de apelação e agravos de instrumento. Após a realização de buscas no sítio do TJSP, foi constatado que esses instrumentos jurídicos são os mais recorrentes nos processos que envolvem as demandas relacionadas à internação psiquiátrica. O recurso de apelação ou, simplesmente, apelação, é

o recurso que se interpõe das sentenças dos juízes de primeiro grau de jurisdição para levar a causa ao reexame dos tribunais do segundo grau, visando a obter uma reforma total ou parcial da decisão impugnada, ou mesmo sua invalidação” (THEODORO JUNIOR, 2006, p. 646).

É, portanto, o recurso contra a sentença proferida pelo juiz de 1ª Instância. Já, o agravo de instrumento, para o mesmo autor, é “o recurso cabível contra as decisões interlocutórias, ou seja, contra os atos pelos quais o juiz, no curso do processo, resolve questão incidente” (op. cit., p. 536). O agravo de instrumento é utilizado contra qualquer decisão que não ponha fim à lide. Essas decisões interlocutórias, isto é, que ocorrem no decorrer do processo (antes que este receba a sentença de 1ª Instância) são comuns em processos relacionados à saúde, visto que é frequente a interposição de medidas liminares ou pedidos de tutela antecipada nesses processos. O agravo de instrumento é, nesse caso, o recurso às decisões liminares e às antecipações de tutelas concedidas pelo Poder Judiciário, haja vista que as decisões liminares e aquelas que deferem a antecipação de tutela são decisões interlocutórias, provisórias e dotadas de reversibilidade e, não, decisões que põem fim ao processo, estas últimas chamadas de sentenças.

No que se refere ao processo judicial de demandas relacionadas à internação psiquiátrica, é muito comum, no curso do processo, a ocorrência de decisões interlocutórias que, normalmente, relacionam-se à antecipação da tutela de internação da pessoa portadora de transtorno mental. Em decorrência dessas decisões, surgem os agravos de instrumento, pleiteando a revisão, a reforma ou mesmo a anulação da decisão recorrida. Nova decisão é, então, proferida, dessa vez, ao nível de 2ª Instância (pelos tribunais), enquanto o processo de 1ª Instância continua seguindo para a análise do mérito pelo juiz de 1ª Instância. Ao ser proferida a sentença, o direito brasileiro garante a interposição de recurso pela parte vencida

e, no caso de sua efetivação, segue o processo judicial para a 2ª Instância, sendo este decidido por meio de um acórdão.

Considerando que as decisões reportadas aos agravos de instrumento são provisórias e nem sempre se confirmam ao final do processo de 1ª Instância, e que todo processo terá uma sentença (independentemente do exame de mérito), optou-se por trabalhar neste estudo, somente, com os acórdãos relativos às apelações, porque esses permitirão conhecer os posicionamentos finais do Poder Judiciário nos processos de 2ª Instância, sendo relevantes para a análise das representações das internações psiquiátricas pelo referido Poder, assim como para a investigação acerca do seu crescimento, conforme aprofundado por alguns magistrados. Para a melhor compreensão das peças processuais aqui descritas, um fluxo sintético das peças-chave do processo civil é apresentado no capítulo Procedimentos Metodológicos.

Neste contexto, surgem algumas indagações: o crescimento das internações psiquiátricas por via judicial seria reflexo de quê? Estaria apontando a inefetividade do Estado e das políticas de saúde mental na esfera privada na garantia do direito à recuperação da saúde mental? Poderia demonstrar a intolerância da família e da sociedade para com os seus “loucos” e “viciados”? Representaria a transferência de um dever compartilhado pelo Estado, pela família, pela sociedade, pelas instituições sociais para, exclusivamente, o Estado ou os planos de saúde? Os objetivos deste estudo buscaram dialogar com esses questionamentos ao revelar as representações sociais sobre o direito à internação psiquiátrica daquele que tem por função precípua a garantia da execução do direito, o Poder Judiciário, na figura do TJSP. Os próximos capítulos tratam do referencial teórico de interpretação dos dados e dos métodos utilizados para a realização deste estudo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO DE INTERPRETAÇÃO

Toda teoria da memória é fundada sobre a existência de um tal sujeito e sobre a possibilidade que ele tem de se apropriar de certas imagens e conservá-las.

Jean-Paul Sartre

De acordo com o que foi apresentado até o momento, é possível compreender que as interações psiquiátricas pela via judicial assumem uma dimensão complexa por associar vários fatores: as concepções sobre o transtorno mental, o direito à saúde, os modelos de atenção à saúde mental, a organização dos sistemas de saúde, o arbítrio e a discricionariedade do Poder Judiciário no âmbito dos princípios gerais do Direito, bem como a legislação vigente e a jurisprudência consolidada.

Considerando que os diversos atores envolvidos na lide processual, o apelante, o apelado e o juiz, constroem a realidade social da internação psiquiátrica por via judicial com base nas representações que fazem dos fatores a ela relacionados, optou-se pela utilização de uma abordagem teórica que pudesse resgatar as construções dos pensamentos, cujo objetivo último é a orientação para a conduta, empregando-se, neste estudo, a Teoria das Representações Sociais.

A Teoria das Representações Sociais foi desenvolvida por Moscovici com base em uma cultura profissional que buscava soluções para problemas do cotidiano enfrentados por uma comunidade (LEOPARDI, 2001). Originou-se na Europa com a publicação feita por Moscovici, em 1961, do seu estudo *La Psychanalyse: Son image et son public*, que investigou como a psicanálise foi compreendida pelo seu público (FARR, 1994). Remodelou o conceito das representações coletivas de Durkheim, com base nos estudos de Piaget, sobre o imaginário da criança, e na teoria sexual das crianças, desenvolvida por Freud, utilizando de ambos a ideia sobre os processos de internalização de símbolos (ESCUDEIRO; SILVA, 1997).

Surge, então, nova proposta de investigação qualitativa que aparece como uma possibilidade de organização de conteúdos simbólicos sobre assuntos incertos e implícitos nas comunicações e comportamentos das pessoas. Segundo Moscovici (2009, p.10):

as representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente, através de uma palavra, de um gesto, ou de uma reunião, em nosso mundo cotidiano. Elas impregnam a maioria das nossas relações estabelecidas, os objetos que nós produzimos ou consumimos e as comunicações que estabelecemos. Nós sabemos que elas correspondem de um lado, à substância simbólica que entra na sua elaboração e, por outro lado, à prática específica que produz essa substância, do mesmo modo como a ciência ou o mito correspondem a uma prática científica ou mítica.

O processo de formação das representações sociais tem aspectos figurativos e abstratos, que conjugam imagens a conceitos para que, dessa forma, o desconhecido possa tornar-se conhecido. Jodelet (1988, p.474) apresenta uma clássica e objetiva definição dessa teoria:

Toda representação define-se por seu conteúdo, seja este informações, atitudes, opiniões ou imagens e o conteúdo é sempre a representação de algo por alguém, ou seja, de um sujeito que se situa em relação a outros sujeitos, a respeito de um objeto. Os elementos desse conteúdo são conceitos e imagens e a maior parte das representações está centrada em um núcleo figurativo.

Essa autora esclarece que o conteúdo de algo é a base da representação desse algo, por meio de conceitos e imagens que o sujeito possui e que utiliza para classificar esse algo. Ela diz também que essa representação se dá sempre num processo de interação social com outros sujeitos e com o próprio objeto da representação.

Assim, as representações sociais são equivalentes a um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas do cotidiano, no espaço das comunicações intersubjetivas. Referir-se-á, então, a uma forma específica de conhecimento – o saber do senso comum, que é o conhecimento prático, orientador das ações cotidianas. Esse conhecimento para ação é resultado de duas forças: a dos conteúdos que circulam pela sociedade e a do próprio processo de interação social, de maneira a manter identidades coletivas (SPINK, 1994).

Esses conteúdos sociais, por vez, podem ser originários de produções culturais, locais, normativas e atuais. Podem ter também como base o imaginário social. Por esse motivo, as representações sociais devem ser sempre remetidas ao contexto social de sua produção, bem como à evolução desse contexto, considerando que a sociedade, à medida que se desenvolve, modifica não só conteúdos, mas também suas interpretações. A figura 3 apresenta as relações

implicadas nas representações sociais, evidenciando a função de continente da pessoa e a estruturação de sua visão de mundo pela influência da intercessão dos elementos presentes no contexto social.

Figura 3 – Relações entre o indivíduo, conteúdos, interação e objetos sociais, consoante a Teoria das Representações Sociais.

Jodelet (1988) ainda comenta que as representações sociais remetem ao conhecimento do sentido comum, do pensamento natural, em oposição ao pensamento científico. São construídas por meio da forma como assimilamos os acontecimentos do mundo, do dia a dia, a partir de nossas experiências, vivências, valores e modos de pensar que desenvolvemos ou recebemos e que transmitimos pela tradição, educação e comunicação. São modelos de pensamento que orientam a ação pela compreensão e pelo domínio do meio social. Podem ser entendidas como categorias utilizadas para classificar as pessoas, as circunstâncias, os fenômenos com os quais nos relacionamos e que nos permitem interpretar o que ocorre conosco e estabelecer posicionamentos. Assim, são teorias sobre os saberes das pessoas, elaboradas e compartilhadas coletivamente, com a finalidade de compreender e interpretar a realidade.

As representações sociais são, portanto, as próprias definições dos objetos sociais e as relações que se estabelecem entre estes e um grupo de indivíduos, mediados pelos conteúdos pertinentes a informações, atitudes e opiniões, e permeados pelo contexto social, cultural e temporal. Devem ser entendidas como o movimento de assimilação da realidade externa pelo indivíduo, por meio de um processo de elaboração interior, ou seja, elaboração psicológica dessa realidade. Nesse sentido, pode-se dizer que as pessoas conectam saberes e crenças socialmente construídos e interiormente assimilados à vida concreta de indivíduos sociais.

Leopardi (2001) e Guareschi (1994) acrescentam que a razão da formação das representações sociais é a transformação de algo não familiar em algo familiar e que, na sociedade, existe o universo dos pensamentos consensual e reificado, que são dois universos de representação. O consensual é construído pelo conhecimento proveniente da interação cotidiana; e o reificado, pelo conhecimento científico. É na seara do universo consensual que são produzidas as representações sociais, e disso decorre a compreensão de uma teoria do senso comum, em que os conhecimentos são produzidos de forma espontânea dentro de um grupo social. A seguir, são representados os movimentos empregados pela pessoa para a definição do objeto social.

Figura 4- Movimentos de definição do objeto social.

No movimento de transformação de algo não familiar em familiar, Moscovici (2009) descreve dois processos aos quais recorreremos para essa finalidade: a ancoragem e a objetivação.

O primeiro processo, a ancoragem, é a apreensão do novo dentro de um sistema de informações já existente. É a introdução de ideias estranhas e sua redução a categorias já existentes, transformando o desconhecido em algo familiar. Coisas que não possuem nome são estranhas e, por isso, ameaçadoras. Quando damos nome ou classificamos alguma coisa, nos familiarizamos com ela e, com isso, já estamos representando essa mesma coisa. A classificação ocorre pela escolha do paradigma presente na memória do sujeito para possibilitar as comparações. A nomeação é necessária para que a situação se conserve no imaginário e possa ser compartilhada. Por ser uma operação que implica categorização de coisas, nela estão presentes juízos de valor, o que faz a alocação dessa coisa em alguma categoria que contém essa dimensão valorativa (MOSCOVICI, 2009).

De acordo com Jodelet (1984), o processo de ancoragem articula três funções de base das representações:

- 1) Função cognitiva de integração da novidade – pela assimilação do fato novo, transformando o não familiar em familiar;
- 2) Função de interpretação da realidade – pela tradução do fato;
- 3) Função de orientação de conduta e relações sociais – pela tomada de decisões e pela ação.

O processo de ancoragem permite ao pesquisador apreender como a significação é conferida ao objeto representado, levando-se em conta a escala de valores imposta na sociedade; como a representação é utilizada como sistema de interpretação do mundo social e orientador de tomadas de decisão e de condutas, e como opera sua integração num sistema de aceitação compartilhada, ou seja, a integração do novo em novas representações (JODELET, 1984).

O segundo processo, a objetivação, é a transformação de algo abstrato em algo concreto, fisicamente reconhecível. Une a ideia de não familiaridade com a ideia de realidade, o que ocorre por meio da associação de conceitos a imagens. Dessa forma, a objetivação é a

fase figurativa do processo de formação das representações sociais, sendo o resultado da capacidade do pensamento e da linguagem de materializarem o abstrato, elaborando um novo conceito, a partir de registros existentes (MOSCOVICI, 2009).

Assim como a ancoragem, Moscovici (2009) aponta que a objetivação é composta por três funções:

- 1) Construção seletiva da realidade – pela seleção de informações circulantes que pertencem a um campo social específico. Nessa seleção, ocorre a descontextualização dos elementos que serão representados.
- 2) Formação do núcleo figurativo – pela formação de uma estrutura de imagem que reproduz de forma visível uma estrutura conceitual. É a transformação de um conceito em uma imagem.
- 3) Neutralização – é a transformação do abstrato em concreto, quando os elementos figurativos se transformam em elementos da realidade. Ocorre quando o percebido se transforma em concebido e torna-se sua extensão.

Moscovici (2009) conclui que tanto a ancoragem quanto a objetivação são processos operados pela memória. A ancoragem tende a dirigir a memória para dentro, na medida em que enraíza determinado conhecimento socialmente partilhado. A objetivação tende a dirigir a memória para fora, pois materializa o conhecimento classificado em algo objetivo, concreto, visível na materialidade, com base na combinação das imagens e dos conceitos no mundo externo.

Dessa forma, por meio da teoria das representações sociais, pretende-se estudar as representações dos juízes do TJSP sobre as internações psiquiátricas, expressas através de seu posicionamento nas decisões judiciais, tendo em vista que os conhecimentos, os pensamentos, os valores e as opiniões dos juízes acerca dessa temática estarão expressos em seus discursos nas decisões judiciais.

Moscovici (1986) afirma que as representações sociais são partilhadas por um grande número de pessoas, que são transmitidas de uma geração à outra e impostas a cada sujeito social sem a sua aceitação consciente.

As internações psiquiátricas, por muitos anos, figuraram no imaginário popular como uma medida adequada e justa por remover da sociedade elementos de periculosidade. Somente com o advento dos movimentos mundiais de reforma psiquiátrica é que se colocou

em questionamento o resultado terapêutico e social dessa prática. Entretanto, a representação social do transtorno mental como periculosidade e seu tratamento por meio da segregação asilar ainda é voz comum no seio social. Uma parcela relativamente pequena, formada principalmente por militantes, acadêmicos e profissionais de saúde, é que assimilou a mudança paradigmática proposta pela reforma psiquiátrica no Brasil.

Não sendo o Poder Judiciário um ator social envolvido historicamente e “diretamente” nesse contexto, mas, constituindo-se em um espaço de reivindicação cada vez mais comum dessa prática clínica polêmica, torna-se relevante conhecer as representações que possui acerca do tema, visto que é a partir delas que transformam o não familiar em familiar, que classificam e nomeiam a situação apresentada dentro de referências preexistentes em suas memórias – ancorando a representação – e que transformam a situação abstrata que lhes é submetida em algo concreto – objetivando a representação – produzindo como resultado uma decisão judicial que terá como consequência uma ação social que, por sua vez, resultará em consequências individuais (para as partes envolvidas) e coletivas (para a sociedade, ciência e assistência à saúde mental). A figura a seguir ilustra os movimentos de assimilação dos conteúdos e a transmissão das representações sociais pelos juízes.

Figura 5- Assimilação de conteúdos e transmissão das representações sociais pelos juízes.

Voltando a Jodelet (1984), a autora nos diz que os indivíduos, dependendo da análise que façam, interpretam diferentemente a mesma situação e, por isso, não se comportam de maneira semelhante diante de uma situação idêntica. No momento de interpretação, o indivíduo pode abrir mão do processo cognitivo em função da coerção ou pressão social. Logo, as formas de o indivíduo captar e resolver um problema são influenciadas pelo contexto histórico e social desse indivíduo. Suas decisões e atitudes sofrerão essas influências.

Desse modo, os apelantes e apelados do processo veem a mesma situação de forma diferente, posto que a lide é a resultante de conhecimentos, pensamento, opiniões, categorias e valores diferentes, ou seja, representações sociais diferentes, dentro do mesmo contexto social. O juiz, por seu turno, constitui um ator que possui, também, suas representações sociais. Nesse processo de elaboração das representações, os juízes podem, ou não, abrir mão de seus processos cognitivos e ceder, ou não, à coerção social, elaborando novas ou mantendo as antigas representações sociais sobre um determinado fenômeno. A forma como o juiz resolve o conflito é influenciada pelo contexto histórico em que vive, pelos conhecimentos que possui a respeito dos elementos que constituem o fenômeno e suas relações, o que se traduz em uma decisão determinante de uma ação. Conhecer os determinantes das decisões judiciais das demandas relativas à internação psiquiátrica é fundamental para compreender o próprio processo evolutivo da assistência à saúde mental e, dessa forma, propor medidas para a sua melhoria.

As representações sociais possibilitam, então, saber como determinados grupos sociais construíram saberes sobre algo e, a partir da difusão, compartilhamento e interpretação desses saberes, relacionam-se com esse algo, por meio do posicionamento que assumem e da conduta que apresentam. É um ato político, pois está relacionado ao estabelecimento de padrões que sejam hegemônicos (JODELET, 1984), sendo dependentes, portanto, da posição que os indivíduos ocupam na sociedade, na economia e na cultura.

As internações psiquiátricas ainda são representadas no meio científico, no meio cultural e no meio social como solução para a convivência com transtornos mentais, “males” que a sociedade deseja extirpar. Sendo assim, identificar a representação social predominante nas decisões dos juízes indicará o padrão hegemônico existente e possibilitará o diálogo com o Poder Judiciário, no sentido de buscar apoio para a consolidação das políticas de saúde mental do País.

No próximo capítulo, são apresentados os métodos empregados para a realização desta pesquisa.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A história do mundo mostra, repetidas vezes, que discursos podem acalmar um país ou incitar um tumulto. Discursos podem inspirar pessoas a travar batalhas ou combater injustiças. Discursos podem conseguir que as pessoas façam enormes sacrifícios ou superem os obstáculos ao preconceito ou à pobreza.

Simon Maier e Jeremy Kourdi

Segundo Strauss e Corbin (1998), o método científico de pesquisa é o conjunto de procedimentos e técnicas utilizado para a coleta e a análise dos dados. O método fornece os meios para se alcançarem os objetivos propostos pelo estudo. O objetivo do método, por consequência, é traçar o caminho a ser percorrido pela pesquisa, com o fim último de apresentar seus resultados, apropriando-se, durante todo o percurso, dos padrões científicos que garantem a fidedignidade e a credibilidade necessárias a um trabalho dessa natureza.

Partindo-se dessa premissa, não se trata de escolher um método de acordo com uma preferência arbitrária, mas, sim, de optar por uma abordagem que melhor se adapte à natureza do problema a ser investigado.

Dessa forma, o desenho metodológico que melhor respondeu aos objetivos deste trabalho foi o de uma pesquisa com métodos mistos, quanti e qualitativos, de coleta e análise de dados, porque objetivou não só a mensuração de variáveis necessárias à resolução dos objetivos da pesquisa, variáveis quantitativas, mas também o aprofundamento da realidade, por meio da análise dos discursos, ao tentar explicar a "razão", "o porquê" de determinados discursos (GIL, 1999). Nesse contexto, o componente qualitativo volta-se para situações subjetivas, complexas e particulares da realidade humana, e viabiliza uma análise mais completa ao relacionar indivíduos com grupos sociais, e estes, com a sociedade. Finaliza por buscar compreender com maior grandeza processos vividos pelos indivíduos sob suas óticas dentro de seu ambiente, descrever essas experiências e, de modo mais extensivo e oportuno, contribuir no processo de transformação de determinados grupos.

Então, para saber como o Poder Judiciário tem-se posicionado frente aos pedidos de internação psiquiátrica que são submetidos ao TJSP, foi necessário entender as motivações dos juízes em suas decisões. Foi preciso estudar e analisar as situações particulares, as relações entre indivíduos e grupos sociais, os valores, as crenças e as percepções expressos nas decisões.

4.1 Coleta dos dados

Foram construídos dois instrumentos (Apêndices A e B) visando à obtenção das informações perquiridas nas questões norteadoras. Os instrumentos, que receberam a denominação de protocolos de registro de dados, foram elaborados de acordo com as especificidades dos sistemas de saúde referenciados nos acórdãos, se público (SUS) ou de Saúde Suplementar. Desse modo, abrangeram variáveis relativas à comarca, à decisão de 1ª e de 2ª Instâncias, antecipação de tutela, caracterização de apelados e apelantes, demanda citada no acórdão, situação de saúde descrita, sexo do sujeito afetado pela decisão, argumentos dos apelados, apelantes e dos juízes, principais legislações citadas, indenização por danos morais, interdição, existência de relatório médico e, no caso do Sistema de Saúde Suplementar, foram acrescentadas variáveis como: segmentação da operadora, data da contratação do plano de saúde, tipo e segmentação do plano contratado. Foram coletados 10 acórdãos inicialmente, dois de cada ano, 5 referentes ao Sistema Único de Saúde e 5 referentes ao Sistema de Saúde Suplementar, e, dessa forma, os itens foram adequados para permitir o registro mais preciso possível das informações necessárias à investigação.

A coleta de dados foi realizada por meio da rede mundial de computadores (Internet), através do sítio eletrônico do TJSP³, no item consulta de jurisprudência, cujo acesso é público. Foram utilizados como documentos os acórdãos de ações julgadas em 2ª Instância pelo TJSP, proferidos em razão de recursos de apelação. Recebem o nome de acórdãos porque são decisões proferidas pelos tribunais (quando na decisão participam mais de um juiz que, na 2ª Instância, são chamados desembargadores).

Convém esclarecer que o processo civil tem início na 1ª Instância, com a petição inicial do autor, o contraditório e a ampla defesa do réu, e a sentença, decisão que põe fim ao julgamento de 1ª Instância. Quando a parte sucumbida se sente injustiçada pela sentença de 1ª Instância, pode-se utilizar do recurso de apelação para provocar o reexame da decisão. A essa

---

³ <http://www.tjsp.jus.br/>

parte que apela chama-se apelante. De igual forma, é permitido ao apelado apresentar suas contrarrazões (sua defesa). Após o reexame processual pelo tribunal, é proferido o acórdão (BRASIL, 1973). Na figura abaixo, apresenta-se, sinteticamente, o fluxo do processo civil até a 2ª Instância com as peças-chave processuais tratadas aqui. O quadro destacado com um círculo representa o tipo de documento coletado no sítio do TJSP para a realização da presente pesquisa.

Figura 6 – Fluxo do processo civil até a 2ª Instância, com peças-chave processuais para a compreensão da coleta de dados.

O tribunal mencionado foi escolhido porque se situa no estado no qual há o maior número de hospitais psiquiátricos, leitos psiquiátricos, operadoras e beneficiários de planos de saúde, configurando-se em um cenário privilegiado para o objeto de investigação proposto, pois tem mais chances de concentrar maiores demandas na área da internação psiquiátrica. Outrossim, as decisões de 2ª Instância possuem a tendência de influenciar tanto os julgamentos de 1ª Instância quanto os de 2ª Instância, o que pode revelar a inclinação a determinado posicionamento por este tribunal. Outro juizado que também se constitui em cenário de reivindicação dos usuários/beneficiários dos sistemas de saúde, é o Juizado

Especial Cível de São Paulo. Contudo, a jurisprudência de seus colégios recursais ainda não está informatizada. Por esse motivo, suas decisões não foram objeto de investigação neste estudo.

No campo “pesquisa livre” da consulta de jurisprudência do sítio eletrônico do TJSP, foram utilizadas as palavras-chave: “internação psiquiátrica”, “internação compulsória”, “internação não voluntária”, “internação involuntária”, “internação forçosa”, “internação obrigatória”, “hospitalização psiquiátrica”, “hospitalização compulsória”, “hospitalização não voluntária”, “hospitalização involuntária”, “hospitalização forçosa”, “hospitalização obrigatória”. Os acórdãos foram selecionados, após suas leituras na íntegra, baixados em arquivos do tipo PDF – *portable document format* – e arquivados em meio eletrônico por ano de julgado e pelo tipo de sistema de saúde (se público ou suplementar) a que se referiam. Foram incluídos todos os acórdãos que tratavam de demandas cíveis referentes à internação psiquiátrica. Foram excluídos os acórdãos relativos à internação psiquiátrica como medida de segurança e os que tramitavam em segredo de justiça (os quais não estavam acessíveis no referido sítio eletrônico). De um total de 983.607 acórdãos de apelação existentes nas bases de dados do TJSP, foram selecionados, inicialmente, 188, dentre os quais 4 foram excluídos por não se adequarem aos critérios de inclusão.

Conforme explicado anteriormente, os acórdãos referentes às decisões liminares ou de antecipação de tutela, comuns nos processo dessa natureza e provocadas pelos agravos de instrumento, não foram objeto de investigação no presente estudo, tendo em vista não se tratarem de decisões definitivas, mas, sim, de decisões interlocutórias. Entretanto, os resultados dos julgamentos de 1ª Instância, bem como o deferimento de liminares ou de antecipação de tutelas constam dos relatórios dos acórdãos, o que tornou possível o conhecimento da petição dessas medidas, assim como a comparação entre os resultados de 1ª e de 2ª Instâncias.

Uma vez que o TJSP contém sua jurisprudência digitalizada desde o ano de 1998, foram coletados todos os acórdãos com julgamentos proferidos entre janeiro de 1998 e dezembro de 2012. Além de revelar a conjuntura das internações psiquiátricas por via judicial, foi uma oportunidade de verificar o possível impacto da Lei n. 10.216/2001 nas decisões judiciais, já que a Lei que redireciona a atenção à saúde mental completou 10 anos de vigência no ano de 2011. Outra razão importante para a escolha desse período foi o fato de um dos métodos empregados para análise dos dados – Discurso do Sujeito Coletivo -

pretender esgotar todo o espectro de discursos possíveis sobre o problema investigado. Portanto, quanto maior o número de acórdãos selecionados, maior a probabilidade de ocorrência desse esgotamento.

Para cada acórdão, foi aplicado um dos protocolos de registro de dados (Apêndices A ou B). Quando a demanda envolveu o Sistema Único de Saúde, foi preenchido o protocolo de registro de dados A. Todavia, quando se tratou de ação que envolveu planos de saúde, foi preenchido o protocolo de registro de dados B, com campos para captura de informações relevantes para análise efetuada, como a data da contratação do plano (se antes ou após a Lei que regulamenta os planos de saúde) e a segmentação do plano que o usuário contratou. As questões dos protocolos de registro de dados foram preenchidas em formulários impressos. Posteriormente, foram digitadas no programa Microsoft Excel, e processadas, tabuladas e categorizadas no programa SPSS v.6. Para a questão que se referia à argumentação manifesta pelos juízes (questão de nº 17 no apêndice A e de nº 21 no apêndice B), a coleta foi realizada diretamente no banco de dados Qualipro, programa desenvolvido em base de dados Access especialmente para esta pesquisa. Sobre a coleta de dados qualitativa, é importante ressaltar que somente as argumentações dos juízes receberam tratamento qualitativo. As argumentações dos apelados e dos apelantes foram categorizadas numericamente, de acordo com as ideias apresentadas, e receberam tratamento quantitativo.

Como o objetivo geral da pesquisa consistiu no conhecimento das representações sociais do TJSP, sobre o direito à internação psiquiátrica, somente os argumentos judiciais foram coletados na íntegra e receberam tratamento qualitativo, considerando-se seus trechos mais importantes e separando-os dos demais componentes do texto, irrelevantes para a finalidade da análise proposta. A seleção dos trechos mais importantes possibilitou a identificação das expressões-chave, que foram descritas, cada uma delas, por uma ideia central. As expressões-chave e as ideias centrais similares foram agrupadas em uma única ideia central ou categoria, consoante o método do Discurso do Sujeito Coletivo, descrito adiante.

Para melhor compreensão, a seguir, apresenta-se um fluxograma da coleta de dados:

Figura 7- Fluxograma do processo de coleta de dados.

4.2 Análise dos dados

Para o cumprimento dos objetivos, a pesquisa utilizou os métodos quantitativo e qualitativo para a análise dos dados. Essa divisão, apenas estrutural, foi necessária para melhorar a organização, o processamento e a análise das informações. A primeira etapa teve cunho objetivo caracterizador da situação geral das demandas relacionadas à internação psiquiátrica submetidas ao TJSP. A segunda é a que, propriamente, respondeu ao objetivo geral desta pesquisa.

4.2.1 Primeira etapa – análise estatística

Para os dados quantitativos, a análise empregou a estatística descritiva simples, técnica que se preocupa em descrever e em classificar as variáveis e objetiva descobrir aspectos da realidade que possam ser medidos numericamente (OLIVEIRA, 1999). Sua finalidade foi descobrir a situação quantitativa da judicialização das internações psiquiátricas no SUS e no Sistema de Saúde Suplementar, conhecendo-se, numérica e tipologicamente, as cidades (comarcas do tribunal) nas quais se iniciaram os processos, os apelantes, os apelados, as demandas pleiteadas, as situações de saúde citadas nos acórdãos e os resultados das decisões judiciais. Consistiu em uma descrição que quantificou, identificou e caracterizou as demandas acerca de internações psiquiátricas submetidas ao TJSP.

4.2.2 Segunda etapa – análise pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo

Para os dados qualitativos - discursos expressos nos acórdãos proferidos pelo TJSP, acerca das internações psiquiátricas por via judicial – utilizou-se do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC. De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2010, p.27), esse é um método que, tendo como objeto o pensamento de coletividades, “permite iluminar o campo social pesquisado, resgatando nele o universo das diferenças e semelhanças entre as visões dos atores sociais ou sujeitos coletivos que o habitam”. Está fundamentado na Teoria das Representações Sociais, tendo em vista que busca resgatar a atribuição social de sentido por atores a acontecimentos que lhes afetam.

O DSC opera por meio de depoimentos ou outros tipos de material verbal, como matérias de revista, jornal e sentenças judiciais. Quando as pessoas professam um

pensamento, um argumento, esse ato professado é sempre um discurso. Descrevem-se melhor os pensamentos individuais e coletivos se estes forem “coletados, processados e apresentados sob a forma de discurso” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p.14), porque os pensamentos estão relacionados ao contexto em que são produzidos, e a melhor forma de se conhecer esse contexto é analisando-se o discurso. Entende-se por discurso “um agenciamento coerente de conteúdos e argumentos” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010, p.30), ou seja, o encadeamento lógico e conexo de um assunto.

Assim, o DSC é composto por um quantitativo de discursos oriundos dos atores sociais pesquisados. Esses discursos, por sua vez, possuem um grau de compartilhamento entre esses atores sociais, uma vez que estão sujeitos às mesmas influências sociais: vivem em determinado meio, assistem aos mesmos noticiários, são submetidos às mesmas pressões sociais, compartilham dos mesmos interesses de classe, etc. Por esse motivo, o pensamento, o valor, a opinião, ou o posicionamento que é revelado pelo DSC possui duas características inseparáveis: uma qualitativa, porque cada pensamento coletivo é apresentado sob a forma de discurso, e uma quantitativa, porque o DSC afere o grau de compartilhamento das ideias, contidas nesses discursos, na coletividade (ou seja, o quanto as ideias se repetem nos discursos), uma vez que esse grau de compartilhamento é representando por uma expressão numérica (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

Além disso, os diversos pensamentos devem ser analisados considerando-se, também, sua distribuição no cenário onde o evento ocorre. É necessário que o pesquisador saiba o “quê” e “como” pensa uma determinada coletividade sobre determinado fenômeno. Entretanto, é importante também que ele conheça se uma dada ideia está mais ou menos compartilhada por aquela coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010). Portanto, o DSC é um método qualiquantitativo de processamento e análise de dados que visa à construção do pensamento em escala coletiva e à aferição de seu grau de compartilhamento na coletividade investigada. O qualitativo e o quantitativo, nesse método, são dimensões intrínsecas de sua proposta.

O resultado final do DSC é a construção de depoimentos-síntese coletivos obtidos a partir da soma dos recortes mais significativos dos diferentes depoimentos individuais que apresentam sentidos semelhantes. Por esse método, os depoimentos são escritos na primeira pessoa do singular com a intenção de manifestar o efeito de uma opinião coletiva proferida por um único sujeito que reúne todos os sujeitos que compartilham aquele pensamento: o

sujeito coletivo. Lefèvre e Lefèvre (2010, p.24) explicam-nos que seu propósito é “fazer o pensamento coletivo falar diretamente”, o que só é possível por meio da “soma” dos discursos individuais.

Os discursos individuais representam as formas individuais de enxergar uma situação. A forma de enxergar e analisar um determinado problema, por sua vez, é dependente do sentido que esse mesmo problema tem para o analisador. Blumer (1969), ao tratar do interacionismo simbólico, enuncia que o ser humano age em relação às coisas com base nos sentidos que tais coisas têm para ele. Se os atores sociais ocupam posições diferentes no cenário social, é provável que também atribuam sentidos diferentes ao mesmo problema. Usuários/beneficiários, organismos públicos de saúde/operadoras de planos de saúde e juízes possuem posições diferentes no cenário da lide. Conhecer suas visões, por meio de seus discursos, já que visões diferentes têm diferentes discursos, é fundamental para entender como o direito à internação psiquiátrica vem sendo tratado pelo sistema de justiça.

As visões que os atores sociais têm do mesmo fenômeno é resultante de um processo de representação social, uma vez que esses atores tomam conhecimento do fenômeno, informam-se sobre ele, associam-lhe conceitos e imagens, criam teorias sobre ele, compartilham essas interpretações e agem de acordo com estas interpretações. Tudo isso pode ser encontrado e captado do material verbal produzido por esses atores. Por esse motivo, a Teoria das Representações Sociais, que também é considerada um dos pressupostos do DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010), constitui uma abordagem teórica adequada para a análise dos dados obtidos por esta pesquisa, conduzida pelo método do DSC, que entrega discursos-sínteses, prévia e sistematicamente construídos, ao referencial teórico para a realização da interpretação propriamente dita.

Na presente pesquisa, três grupos de atores dialogaram entre si no processo judicial com vistas a fazer prevalecer suas pretensões: os que interpuseram os recursos, os apelantes; os que sofreram a apelação, os apelados, e os juízes, que proferiram as sentenças de 2ª Instância. Assim, os elementos de cada grupo de atores perseguiram fins semelhantes: os apelantes buscaram a reforma de uma decisão de 1ª Instância que lhes negou um suposto direito; os apelados almejaram defender-se, contrapondo-se à pretensão do apelante, e os juízes desempenharam a mesma função arbitral em todos os processos, utilizando argumentos para proferirem as sentenças.

Os pensamentos e os entendimentos dos juízes de 2ª Instância foram expressos nas decisões judiciais. Ao identificar as várias “falas” individuais desses juízes, foi possível construir o seu discurso do sujeito coletivo e saber o que pensa esse grupo acerca do direito à internação psiquiátrica.

A identificação do DSC dos juízes é muito relevante por serem eles os responsáveis pela aplicação das Leis e pela decisão sobre determinado direito que envolve, neste caso, o direito à saúde de um cidadão. Entender o discurso do Poder Judiciário sobre o direito à internação psiquiátrica poderá levar à discussão sobre os avanços e os desafios do modelo atual de assistência à saúde mental.

O método da construção do DSC está baseado na utilização de quatro figuras metodológicas: as expressões-chave, as ideias centrais, as ancoragens e o DSC. As expressões-chave são recortes, contínuos ou descontínuos, dos depoimentos de cada autor, que revelam a essência dos argumentos trazidos por ele. O pesquisador deve depurar o discurso de tudo o que é irrelevante, retendo apenas a essência do depoimento, da forma como aparece, mantendo-se as expressões literais de seus discursos textuais. As expressões-chave são os conteúdos que irão formar os DSCs.

As ideias centrais são as expressões linguísticas que descrevem, de modo sintético, o sentido das expressões-chave identificadas, e de cada conjunto homogêneo de expressões-chave, de cada discurso. Representam o sentido dos argumentos encontrados. Lefèvre e Lefèvre (2010, p.78) comentam que as ideias centrais “são o que o entrevistado quis dizer (ou o quê, sobre o quê) e as expressões-chave como isso foi dito”. É mais fácil entender o que o sujeito de um discurso quer dizer por meio do como esse sujeito diz.

As ancoragens são “a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida em seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010, p.79). É também uma ideia central, porém tem embutida em si uma afirmação genérica usada pelo depoente em uma situação particular. As ancoragens estão relacionadas a conceitos amplamente compartilhados por um grupo ou coletividade, mas que o depoente, muitas vezes, não os percebe em suas práticas cotidianas. Cabe ressaltar que as ancoragens nem sempre estão presentes nos discursos.

O DSC é uma reunião, num só discurso, das expressões-chave que têm a mesma ideia central. As ideias centrais semelhantes, por sua vez, devem ser agrupadas em uma mesma

categoria. Assim, a construção do DSC foi realizada com as expressões-chave das ideias centrais contidas na mesma categoria, sendo obtido o painel do Discurso Coletivo dos juízes. O esquema abaixo ilustra o processo de construção do DSC.

Figura 8 – Construção do Discurso do Sujeito Coletivo dos juízes.

Durante todo o processamento dos dados, foi utilizado o *software* Qualipro, um banco de dados desenvolvido por meio do programa Microsoft Access, pela autora desta pesquisa, juntamente com um programador especializado, com o objetivo de agilizar as tarefas de processamento de dados e análise dos recortes dos discursos.

A seguir, apresenta-se um quadro com as relações entre os objetivos, os métodos empregados para o seu alcance e as questões do protocolo de registro de dados.

Objetivos	Métodos	Questões dos protocolos de registro de dados
1-Characterizar as demandas relacionadas à internação psiquiátrica submetidas ao TJSP	Descritivo Estatística descritiva simples	Número do processo Comarca Data da decisão de 2ª Instância Decisão de 1ª Instância Decisão de 2ª Instância Antecipação de tutela Apelante Apelado Demanda citada no acórdão Situação de saúde citada no acórdão Principais legislações citadas no acórdão Indenização por danos morais Interdição Comprovação de indicação médica para a internação Segmentação da operadora Data de contratação do plano de saúde Tipo de contratação do plano de saúde Segmentação do plano contratado
2-Identificar como as demandas relacionadas à internação psiquiátrica são sustentadas pela parte apelante em juízo	Quantitativo Estatística descritiva simples	Argumentos apresentados pelo usuário/beneficiário
3-Identificar como as demandas relacionadas à internação psiquiátrica são defendidas pela parte apelada em juízo	Quantitativo Estatística descritiva simples	Argumentos apresentados pela(o) Secretaria de Saúde/Ministério da Saúde/Operadora

Objetivos	Métodos	Questões dos protocolos de registro de dados
4-Identificar as representações sociais presentes nos posicionamentos de 2ª Instância do TJSP na jurisprudência acumulada sobre as demandas relativas à internação psiquiátrica	Qualitativo Discurso do Sujeito Coletivo	Argumentos (discurso) dos juízes
5-Comparar os resultados das decisões de 2ª Instância com os de 1ª Instância	Descritivo Estatística descritiva simples	Decisões de 1ª Instância Decisão de 2ª Instância

Figura 9 – Relação entre objetivos, métodos e questões dos protocolos de registro de dados.

4.3 Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, parecer nº 223.947, obtendo-se a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que os documentos coletados são de domínio público.

É relevante mencionar que a pesquisa respeitou as diretrizes da Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, sendo garantida a privacidade e a confidencialidade dos nomes dos apelantes/apelados das ações judiciais, bem como dados que possam relacioná-los a estado e a situações de saúde particulares.

5 RESULTADOS

Os resultados provêm do aproveitamento das oportunidades e não da solução dos problemas.

Peter Drucker

A seguir, são apresentados os resultados do estudo da jurisprudência de 184 decisões do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo acerca dos pedidos relativos à internação psiquiátrica que chegaram à 2^a Instância, no período de 1998 a 2012. É possível afirmar que a pesquisa investigou a quase totalidade das ações judiciais relacionadas à internação psiquiátrica existente na base de dados do tribunal, em que pese a possibilidade de alguma ação não ter sido identificada pelo sistema de buscas e a exclusão das ações em segredo de justiça. Devido a características distintas entre os acórdãos referentes ao Sistema Único de Saúde e ao Sistema de Saúde Suplementar e para melhor compreensão, os resultados são apresentados separadamente.

5.1 Jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo sobre as internações psiquiátricas civis no Sistema Único de Saúde

A pesquisa identificou 96 acórdãos sobre internações psiquiátricas que envolveram o Sistema Único de Saúde. É conveniente esclarecer que, desses, 42 estavam relacionados a pedidos de internação psiquiátrica que não mencionavam o SUS ou a responsabilidade estatal diretamente, almejando, especificamente, a autorização judicial para a internação da pessoa. Entretanto, foram incluídos na análise pertinente ao Sistema Único de Saúde porque não faziam qualquer referência a operadoras de planos de saúde e porque o juiz, quando provia o recurso, determinava que se internasse em estabelecimento apropriado mantido pelo poder público. O número e a data de proferimento de cada acórdão podem ser consultados nos apêndices C e F. Esses números possibilitam sua localização no sítio eletrônico do tribunal, bem como qualquer conferência atual e estudos futuros utilizando a mesma base de dados.

5.1.1 Distribuição no espaço e no tempo das ações judiciais analisadas

O estudo identificou todas as comarcas das quais se originaram as ações de 1^a Instância. No total, foram 54 comarcas. A Tabela 1 enumera as comarcas com quatro ocorrências ou mais, porém a lista completa está disponível no apêndice D.

Quanto ao período de coleta de dados, apesar de disponíveis no sítio eletrônico do tribunal acórdãos proferidos desde o ano de 1998, foram identificadas decisões sobre a temática investigada somente a partir do ano de 2008.

Tabela 1- Distribuição no espaço e no tempo das ações judiciais (n=96), relativas à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, julgadas pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008 – 2012

Variáveis	n	%
Comarcas		
Garça	7	7,3
Franca	5	5,2
Morro Agudo	5	5,2
Auriflama	4	4,2
São Paulo	4	4,2
Outras	74	73,9
Ano de julgamento		
2012	51	53,1
2011	31	32,3
2010	6	6,3
2009	5	5,2
2008	3	3,1

5.1.2 Posição das partes

O estudo procurou detalhar as partes interessadas no processo, identificando-as como apelantes ou apelados. Dentre os interessados, estão os familiares da pessoa a ser internada, as prefeituras municipais, a Fazenda Pública do Estado de São Paulo, o Ministério Público, o próprio usuário, o juízo, clínicas psiquiátricas e outros. A lista com todas as prefeituras municipais identificadas na coleta de dados é apresentada no apêndice E. O usuário do sistema de saúde é aqui identificado como a pessoa para quem se pede a internação. O juízo corresponde à pessoa do juiz. Alguns recursos (a maioria em virtude de extinção processual) tiveram o juiz como parte apelada, ou seja, apelaram para o juiz rever sua decisão relativa à extinção do processo. Outros interessados são pessoas cuja relação com o sujeito para quem a internação foi solicitada não foi explicitada no acórdão.

Tabela 2 - Posição das partes interessadas nos acórdãos (n=96), proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, 2008-2012

Interessados	Apelantes		Apelados	
	n	%	n	%
Mãe do usuário	28	29,2	5	5,2
Prefeituras Municipais	17 ⁽¹⁾	17,7	16	16,7
Fazenda Pública do Estado de São Paulo	13 ⁽¹⁾	13,5	3 ⁽¹⁾	3,1
Curador do usuário	10	10,4	2	2,1
Pai do usuário	7	7,3	4	4,2
Irmão do usuário	7	7,3	1	1,0
Usuário do sistema de saúde	4 ⁽¹⁾	4,2	42	43,8
Ministério Público	2	2,1	12	12,5
Cônjuge	2	2,1	1	1,0
Juízo	-	-	9	9,4
Clínica psiquiátrica	0	0,0	1	1,0
Outros	10	10,4	4	4,2

Nota: ⁽¹⁾ Também participaram como 2º apelante/apelado em alguns processos. (-) Não se aplica.

5.1.3 Demandas judiciais e concessão de tutela antecipada

O estudo classificou as demandas judiciais por tipo e se houve ou não a concessão de tutela antecipada. Seguem os resultados:

Tabela 3 - Demandas judiciais e concessão de tutela antecipada citadas nos acórdãos (n=96), proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, 2008-2012

Variáveis	n	%
Demandas citadas		
Autorização judicial para internação	48	50,0
Fornecimento de internação pelo SUS	46	47,9
Ressarcimento da internação em clínica particular	2	2,1
Tutela antecipada		
Concedida	27	28,1
Não concedida	15	15,6
Não solicitada ou não informada	54	56,3

5.1.4 Sexo da pessoa para quem se pediu a internação

Embora não fosse objetivo deste trabalho, o estudo procurou caracterizar o perfil da pessoa que estava sujeita à internação psiquiátrica no processo judicial. Entretanto, a única informação disponível nos acórdãos foi o sexo do indivíduo. Com base nesses dados, é possível afirmar que 84,4% eram do sexo masculino, 14,6% do sexo feminino e para 1,0% dos casos não foi possível realizar a identificação.

5.1.5 Situação de saúde

Os dados do estudo apontaram as situações de saúde apresentadas como justificativa para a internação psiquiátrica.

Tabela 4 - Situações de saúde citadas nos acórdãos (n=96), proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, 2008-2012

Situação de Saúde	n	%
Dependência de drogas	62	64,6
Dependência de álcool	14	14,6
Esquizofrenia	10	10,4
Retardo mental	4	4,2
Psicoses	3	3,1
Transtorno afetivo bipolar	1	1,0
Não informada	12	12,5

5.1.6 Drogas citadas nas decisões

Quando se tratou de internação por dependência química, tentou-se classificar as drogas quanto ao tipo. Entretanto, uma minoria dos acórdãos continha a especificação da droga. A seguir a relação das drogas identificadas nos casos de dependência:

Tabela 5 - Drogas citadas nos acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, 2008-2012

Drogas	n	%
Crack	12	19,4
Cocaína	5	8,1
Maconha	4	6,5
Não informada	41	66,1
Total	62	100,0

5.1.7 Resultado das decisões judiciais

O estudo teve como prioridade a investigação das decisões de 2ª Instância. Contudo, as decisões de 1ª Instância constam nos relatórios das decisões de 2ª Instância, o que permitiu não só a verificação dos resultados, mas também a comparação do comportamento do judiciário e o cálculo da taxa de manutenção das decisões. Eis os resultados:

Tabela 6 - Julgamentos com decisões de 1ª e de 2ª Instâncias constantes nos acórdãos, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, 2008-2012

Julgamentos	1ª Instância		2ª Instância	
	n	%	n	%
Favoráveis à internação psiquiátrica	31	32,3	32	33,3
Desfavoráveis à internação psiquiátrica	17	17,7	23	24,0
Processos extintos sem julgamento de mérito	48	50,0	5	5,2
Retorno do processo para 1ª Instância	-	-	35	36,5
Conversão do julgamento em diligências	-	-	1	1,0
Total	96	100,0	96	100,0

Nota: - não se aplica às decisões de 1ª Instância

Tendo em vista que metade dos acórdãos coletados foi extinta em 1ª Instância, sem julgamento de mérito, considerou-se oportuno investigar os motivos de suas extinções. A tabela a seguir registra os principais motivos:

Tabela 7 - Motivos das extinções dos processos judiciais em 1ª Instância, constantes dos acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde 2008 - 2012

Motivos	n	%
Carência de ação	24	50,0
Não houve ajuizamento prévio de ação de interdição	15	15,6
Inépcia da inicial	4	4,2
O requerido encontrava-se preso	4	4,2
Abandono da causa por mais de 30 dias	1	1,0
Total	48	100,0

Outro ponto que merece destaque são os processos que tiveram as sentenças de 1ª Instância anuladas pelas decisões judiciais de 2ª Instância. Como esse valor foi significativo, representando quase 40% do total de acórdãos coletados, o estudo investigou o posicionamento dos juízes, se favoráveis ou não à internação, no discurso das decisões que fundamentaram a anulação da sentença e o retorno do processo à 1ª Instância. Note-se que, nesses casos, as decisões não decidiram sobre o mérito, mas revelaram a posição do juiz sobre a internação psiquiátrica.

Tabela 8 - Posicionamento dos acórdãos proferidos em 2ª Instância pelo Tribunal de Justiça de São Paulo quanto à favorabilidade à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, nas decisões que ordenaram o retorno dos processos à 1ª Instância, 2008 - 2012

Posicionamento	n	%
Favoráveis à internação	22	62,9
Desfavoráveis à internação	3	8,6
Sem posicionamento	10	28,6
Total	35	100,0

O estudo também buscou identificar a ocorrência de indenização por danos morais. Verificou-se que, em 100% dos acórdãos, tal medida não foi solicitada ou não foi informada.

5.1.8 Interdição judicial e existência de indicação médica para a internação

Aqui a intenção do estudo foi identificar a existência de pedidos de interdição relacionados à pessoa para a qual a internação psiquiátrica estava sendo solicitada para

verificar uma possível associação entre essas circunstâncias. Da mesma forma, buscou conhecer a existência de relatórios ou laudos médicos que informassem a necessidade da internação. A seguir, os resultados obtidos:

Tabela 9 - Interdição judicial e indicação médica para a internação psiquiátrica mencionadas nos acórdãos (n=96), proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, 2008-2012

Variáveis	n	%
Interdição		
Usuário previamente interditado	14	14,6
Solicitação de interdição concomitante	9	9,4
Não solicitada ou não informada	73	76,6
Relatório médico com indicação de internação		
Sim	33	34,4
Não	31	32,3
Não informado	32	33,3

5.1.9 Decisões judiciais de 2ª Instância e menção de indicação médica para a internação

Nesta etapa, o estudo objetivou relacionar os resultados das decisões de 2ª Instância à existência de relatório médico indicativo ou não indicativo de internação. A finalidade foi verificar a concordância das posições dos julgadores com a indicação médica descrita nos acórdãos.

Tabela 10 - Decisões judiciais sobre internação psiquiátrica segundo indicação médica para internação nos acórdão (n=96), proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos ao Sistema Único de Saúde, 2008-2012

Julgamento	Com indicação		Sem indicação		Sem menção ⁽¹⁾		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Favoráveis à internação psiquiátrica	27	28,1	1	1,0	4	4,2	32	33,3
Desfavoráveis à internação psiquiátrica	1	1,0	19	19,8	3	3,2	23	24,0
Processos extintos sem julgamento de mérito	1	1,0			4	4,2	5	5,2
Processos que retornaram à 1ª Instância	4	4,2	10	10,4	21	21,9	35	36,5
Processo convertido em diligências			1	1,0			1	1,0

Nota: (1) Nestes acórdãos, não foi mencionada a existência de relatórios ou laudos médicos indicando ou não indicando a internação psiquiátrica.

5.1.10 Argumentos das prefeituras municipais de São Paulo e da Fazenda Pública do Estado de São Paulo

O estudo categorizou os argumentos utilizados pelas prefeituras e pela Fazenda Pública do Estado de São Paulo para defenderem-se e contraporem-se à medida de internação psiquiátrica pleiteada em juízo.

Tabela 11 - Argumentos das prefeituras municipais do estado de São Paulo e da Fazenda Pública do Estado de São Paulo mencionados nos acórdãos (n=96), proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde 2008 - 2012

Argumentos	n	%
A medida de internação psiquiátrica deve ser evitada	23	24,0
O direito à saúde invoca os princípios da reserva do possível, da separação dos poderes, da supremacia do interesse público e da igualdade	18	18,8
O município/estado possui regras orçamentárias e recursos escassos	14	14,6
A responsabilidade da internação psiquiátrica é do estado e da União	12	12,5

5.1.11 Argumentos da pessoa que solicita a internação, de seus familiares e representantes legais

O estudo também revelou os argumentos manifestados pela própria pessoa a ser internada, seus familiares e representantes para demandarem a internação psiquiátrica. Esses argumentos foram agrupados de acordo com o critério de favorabilidade à medida. As tabelas a seguir apresentam os resultados:

Tabela 12 - Argumentos das pessoas a serem internadas, de seus familiares e de seus representantes, favoráveis à internação psiquiátrica, mencionados nos acórdãos (n=96), relativos ao Sistema Único de Saúde, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008 - 2012

Argumentos	n	%
A pessoa é violenta e há o risco a sua integridade física e a de terceiros	54	56,3
A pessoa não aderiu ao tratamento prescrito	25	26,0
Impossibilidade da família de prestar ou custear o tratamento da pessoa	18	18,8
A pessoa pratica atos ilícitos para sustentar o vício	16	16,7
A internação compulsória é amparada por legislação e visa à recuperação da pessoa	11	11,5
Não são requisitos para a internação compulsória a interdição e o laudo médico	6	6,3
A internação não priva o indivíduo da convivência familiar	1	1,0

Tabela 13 - Argumentos das pessoas a serem internadas, de seus familiares e de seus representantes, desfavoráveis à internação psiquiátrica, mencionados nos acórdãos (n=96), relativos ao Sistema Único de Saúde, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008 - 2012

Argumentos	n	%
A internação compulsória ofende o princípio da dignidade da pessoa humana	2	2,1
Os exames periciais não foram realizados ou não foram realizados corretamente	2	2,1
A manutenção da internação compulsória sem critérios de reavaliação ofende o princípio de vedação da pena perpétua	1	1,0
A internação priva o indivíduo da convivência familiar	1	1,0
O indivíduo não se recusa a receber o tratamento clínico	1	1,0
Inexistem provas de que o indivíduo é agressivo e está em risco	1	1,0

5.1.12 Principais legislações e normativos aplicados pelos juízes

O estudo computou os tipos e as frequências das legislações e dos normativos que fundamentaram as decisões de 2ª Instância constantes nos acórdãos, ou seja, quais as leis utilizadas pelos juízes para justificarem seu entendimento sobre o assunto.

É importante esclarecer que, em grande parte dos acórdãos, os juízes utilizaram mais de uma legislação para fundamentar suas decisões e que, em alguns casos, não foi mencionada nenhuma legislação específica.

Tabela 14 - Legislações e normas que fundamentaram as decisões nos acórdãos (n=96), proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde 2008-2012

Legislações	n	%
Lei n.10.216/01 – artigo 6º	29	30,2
Constituição Federal – artigo 196	20	20,8
Decreto n.24.559/34	16	16,7
Lei n.10.216/01 – artigo 9º	14	14,6
Decreto n.891/38 – artigo 4º	14	14,6
Constituição Federal – artigo 1º e 3º	13	13,5
Lei n.10.216/01 – artigo 3º	13	13,5
Lei n. 8.080/90	12	12,5
Lei n.10.216/01 – artigo 4º	10	10,4
Constituição Federal – artigo 23	9	9,4

5.1.13 As Representações Sociais do Tribunal de Justiça de São Paulo sobre o direito à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde

Utilizando-se das “falas” dos juízes constantes em suas decisões, foram selecionadas as expressões-chave e identificadas as ideias centrais que, por semelhança, foram reunidas em categorias e utilizadas para construir o Discurso do Sujeito Coletivo dos juízes, revelando as representações que os juízes do TJSP possuem acerca desse tema. Assim, para cada categoria apresentada, foi construído um discurso coletivo que revelou o pensamento do grupo de juízes prolores dos acórdãos sobre o direito à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde.

A seguir, são apresentadas as categorias das ideias centrais identificadas nos discursos dos juízes, o percentual dessas ideias sobre o total de acórdãos analisados e o painel dos Discursos Coletivos dos juízes.

5.1.13.1 Categorias das ideias centrais dos discursos dos juízes

A	A saúde é responsabilidade dos três entes da federação – município, estado e União.
B	A vida e a saúde são direitos fundamentais assegurados pela Constituição e decorrem do respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana. Devem ser garantidas pelo Estado a despeito de quaisquer questões orçamentárias ou burocráticas.
C	A internação compulsória é medida protetiva, amparada por lei, para resguardar a saúde, a integridade física e mental do paciente, de seus familiares e dos cidadãos que convivem em seu meio, prescindindo de interdição.
D	A internação compulsória é a última alternativa assistencial, vez que consiste em medida violenta que priva a pessoa de sua liberdade, sendo a interdição seu pré-requisito.
E	A necessidade da internação foi comprovada, devendo ser realizada.
F	A necessidade da internação não restou comprovada, não devendo ser realizada.

Figura 10- Categorias das ideias centrais dos discursos dos juízes sobre a internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012.

Figura 11 - Percentuais de categorias das ideias centrais nos discursos dos juízes sobre a internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo 2008 – 2012.

5.1.13.2 Discurso do Sujeito Coletivo dos Juízes

Categoria A - A saúde é responsabilidade dos três entes da federação – município, estado e União.

Estabelece o artigo 196 da Constituição Federal 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.” Essa norma tem eficácia plena, sendo a saúde

responsabilidade de todos os níveis de governo. A par da norma constitucional, constata-se que esta obrigação também está materializada nos artigos 219 da Constituição do estado de São Paulo e na Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Perante a população, tanto a União, como o estado ou o município, são obrigados a atender ao comando constitucional. As prestações decorrentes dos dispositivos podem ser exigidas de qualquer deles, isolada ou solidariamente. Nesse passo, forçoso reconhecer que é obrigação do Estado (União, estados, Distrito Federal e municípios) assegurar o fornecimento de medicamentos, insumos, internação e outras terapias, sendo certo que o atendimento integral é da competência do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelece o artigo 198, II, da Constituição Federal. Inegável, pois, a obrigatoriedade de a Administração Pública, por meio do SUS, fornecer ao doente a medicação ou o tratamento de que necessita, sob pena de sofrer grave risco à sua saúde. Em se tratando de “dever” comum ou competência concorrente dos três entes da federação, não há que falar em ilegitimidade passiva da municipalidade ou do estado. Se o município ou o estado tiver que assumir alguma obrigação que não seja originariamente sua, poderá efetuar a compensação de gastos com o ente que julgar competente.

Categoria B - A vida e a saúde são direitos fundamentais assegurados pela Constituição e decorrem do respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana. Devem ser garantidas pelo Estado a despeito de quaisquer questões orçamentárias ou burocráticas.

Não se trata de ignorar o princípio da separação dos Poderes, as normas e outros princípios que informam a Administração, em especial, o SUS. A admissibilidade da medida decorre dos bens jurídicos que se visam tutelar, que são a saúde, a integridade física e mental, e a própria vida assegurada a todo cidadão decorrente do dever do Estado em sentido genérico, e consagrado constitucionalmente como direito fundamental da dignidade da pessoa humana (inciso III do artigo 1º da Constituição Federal), o qual constitui-se fundamento do Estado Democrático de Direito. O bem maior a ser preservado é a vida. Não há interpretação legal, orçamento, competência administrativa, ou reclamo que possa ser interposto contra este. Nenhuma regra de hermenêutica pode se sobrepor ao princípio mais importante estabelecido na Constituição de 1988, art. 196. Não há que se apegar, rigidamente, à fria letra da Lei, mas considerá-la como um objetivo a ser alcançado. Cabe interpretar a Lei de forma mais humana, buscando um fim justo, qual seja, a preservação da vida, que é um direito indisponível. Logo, não podemos ficar indiferentes a comportamentos autodestrutivos. Ainda que o portador de sofrimento mental não cause prejuízos a terceiros, o Poder Judiciário, se provocado, deve agir para evitar que as deficiências da saúde pública acarretem a morte ou a incapacidade permanente de um ser humano. É dever do Poder Público garantir a vida do cidadão e fornecer-lhe integral atendimento. Cabe à Administração Pública, diante de pacientes portadores de graves moléstias, que não reúnam condições econômico-financeiras para arcar com o custeio do seu tratamento, suportar certas despesas, porque estas são de sua responsabilidade. Daí a conclusão de que cabe ao estado e ao município disporem em seus orçamentos fiscais e de investimentos sobre verbas destinadas ao gasto com medicamentos e tratamentos. Os apelantes detêm certa esfera de liberdade quanto a definir suas prioridades e áreas de atuação, mas não podem amparar-se na falta de recursos para justificarem a não concessão do tratamento pleiteado. As dificuldades burocráticas alegadas pela apelante para o fornecimento dos tratamentos, relativas às dispensas e padronizações dos órgãos de saúde competentes, não ilidem o dever do Estado de entregar os remédios necessários ou disponibilizar internações ao tratamento da patologia que acomete o apelado. Da mesma forma, a cooperação financeira entre União, estado e município (art. 30, VII, da

CF) não pode servir de escusa para o não cumprimento da obrigação de garantir o direito à saúde.

Categoria C - A internação compulsória é medida protetiva, amparada por lei, para resguardar a saúde, a integridade física e mental do paciente, de seus familiares e dos cidadãos que convivem em seu meio, prescindindo de interdição.

A internação compulsória ampara-se nas disposições da Lei n. 10.216/01, que assegura medidas protetivas a pessoas acometidas de afecções psíquicas, independentemente de estarem interditadas; no Decreto n. 24.559/34 e ainda no Decreto n. 891/38, com a finalidade de resguardar a saúde, a integridade física e mental, não somente do paciente, como também da família e da sociedade, contra qualquer ato danoso que possa ser praticado pelo paciente. Dessa forma, tem legitimidade a mãe ou o pai de adicto para promover ação de internação compulsória para preservar direito próprio, do paciente e da família. Não é correto afirmar que junto à família o requerido poderia encontrar melhor acolhida e tratamento, já que fica evidenciada a ausência de possibilidade de controle do requerido pela família. Ao se analisar a situação de saúde de um indivíduo, não se pode apreciar a situação apenas na perspectiva do indivíduo. Faz-se necessária uma visão que considere o meio em que a pessoa está inserida, a sociedade, além de todas as implicações exteriores diante das posturas de determinado cidadão. Há afirmação de que o réu se encontra privado de capacidade de entendimento e autodeterminação, permitindo a conclusão de que o requerido representa perigo à sociedade, e para si mesmo, se mantido sem a devida internação em hospital especializado. O direito à saúde e a capacidade de autodeterminação, nestes casos, ficam de tal modo comprometidos, que deve prevalecer o tratamento médico compulsório. Tratando-se de situação de urgência, quando do conflito entre princípios fundamentais como o direito à saúde, decorrentes do direito à vida, e o direito à liberdade, deve prevalecer aquele. A referida humanização no tratamento da moléstia que atinge o requerido constitui um critério terapêutico muito subjetivo, posto que, para obter-se sucesso no referido tratamento, a humanização, por óbvio, tem que levar em conta as condições, limitações, possibilidades e disponibilidade do "material humano" a ser considerado em cada caso concreto. Nesse sentido, o artigo 4º, da Lei n. 10.216/01: "A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes".

Não se desconhece a controvérsia acerca da intervenção do Poder Judiciário para a promoção de internação compulsória de pacientes que não desejam se submeter a tratamento especializado. Todavia, no caso em destaque, verifica-se que o réu padece de comprometimento de sua saúde e não se encontra em condições de opinar acerca do tratamento adequado para a solução de seus problemas de saúde, certo que sua manutenção em internação será muito mais benéfica ao próprio réu, e também à sociedade. Entretanto, não se pode conceber que toda pessoa internada compulsoriamente deva sofrer interdição judicial e ser declarada civilmente incapaz, total ou parcialmente, para a prática dos atos da vida civil. Cabe ao médico dizer, após a internação, se há ou não eventual incapacidade.

Categoria D - A internação compulsória é a última alternativa assistencial, vez que consiste em medida violenta que priva a pessoa de sua liberdade, sendo a interdição seu pré-requisito.

A internação compulsória é medida drástica e violenta, que deve ser utilizada como última medida de assistência, conforme previsão do artigo 4º da Lei n. 10.216/01, pois, apesar de resguardar a segurança de todos que convivem com o portador de transtorno mental e a

saúde dele próprio, constrange-o e priva-o de sua liberdade. Mesmo quando já submetido a internações anteriores, deve-se disponibilizar ao sujeito política própria tendente à sua reabilitação, com alta e, destarte, sem a dependência institucional. Por isso, é necessária a prova irrefutável de que está, ainda que temporariamente, com seu discernimento e sua autodeterminação prejudicados. A droga e o transtorno mental produzem no sujeito uma inaptidão para cuidar dos próprios interesses, precisando recorrer a sua interdição para a sua salvaguarda. A genitora não possui legitimidade para formular o pedido de internação, uma vez que, nas ações de obrigação de fazer contra o Estado, o legitimado é o paciente, que, no caso, não deseja ficar internado voluntariamente. O réu sequer foi interditado, o que dificulta a decretação de uma internação compulsória de consequências tão severas, uma vez que importa na restrição da liberdade da pessoa, devendo ser deferida somente após rigoroso exame. Não há elementos probatórios nos autos aptos a evidenciar, na atual fase do processo, a alegada periculosidade que ele representa ou notícia de impossibilidade na prestação dos devidos cuidados por seus responsáveis. Não cabe ao juiz determinar a exclusão, ainda que por doença, de qualquer pessoa do meio onde vive, sendo matéria exclusivamente médica. Uma internação de caráter permanente não se justifica na hipótese, a teor do artigo 4º da Lei Federal n. 10.216/01, diante da ausência de comprovação nos autos de que os recursos mencionados no dispositivo legal supramencionado se mostraram insuficientes.

Categoria E - A necessidade da internação foi comprovada, devendo ser realizada.

Tratando da internação psiquiátrica, a Lei n. 10.261/01 dispõe que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” e “somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (artigos 4º e 6º). Somente o médico que assiste o paciente tem responsabilidade e competência para prescrever o tratamento mais indicado. Havendo prescrição médica idônea, não cabe ao Poder Público questionar sua eficácia para o tratamento da moléstia, nem tampouco exigir que o aludido tratamento seja padronizado pela rede pública de saúde. O relatório e a prescrição médica bem indicam a moléstia da qual padece o filho do apelado. Encontra-se acostado aos autos relatório médico com pedido de internação em hospital psiquiátrico visando à reabilitação do paciente. Além disso, verifica-se que o paciente recusa tratamento ambulatorial, restando indispensável o deferimento da internação compulsória. De toda forma, a despeito da exigência contida no art. 6º da Lei n. 10.216/2001, é possível que o pedido de internação compulsória venha desacompanhado de prévia avaliação médica, quando evidente a situação de emergência do tratamento.

Categoria F - A necessidade da internação não restou comprovada, não devendo ser realizada.

A interpretação dos referidos preceitos legais leva-nos a entender que a internação compulsória do paciente é algo que necessita de prévia autorização de médico devidamente habilitado. Em que pese a necessidade e a urgência da medida de internação compulsória alegada pela apelante, não há nos autos prova inequívoca de suas alegações. Nem mesmo há comprovação da moléstia do agravado, do seu estado de agressividade e impossibilidade de discernimento. Ainda que comprovada nos autos a moléstia que acomete o paciente, impossível conceder autorização por tempo indeterminado para sua internação, sob pena de violação à norma expressa, porquanto preceitua o art. 6º daquela lei que a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize

os seus motivos. Somente prova técnica especializada pode atestar a imprescindibilidade de internação, sob pena de vulneração ao princípio da liberdade. Verifica-se que o médico sequer examinou diretamente o réu. Todavia, designada perícia técnica, os peritos judiciais constatarem que ele não apresenta periculosidade evidente ou presumível, respondendo adequadamente ao tratamento ambulatorial, de modo que, naquele momento, a internação não se fazia necessária nem recomendada. Outrossim, a internação não visa a atenuar as responsabilidades do curador nomeado para zelar pela pessoa do incapaz, mas ao benefício deste, quando, por recomendação médica, se fizer necessária sua segregação.

5.2 Jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo sobre as internações psiquiátricas civis no Sistema de Saúde Suplementar

A pesquisa identificou 88 acórdãos sobre internações psiquiátricas no Sistema de Saúde Suplementar. Da mesma forma que se procedeu com os acórdãos relativos ao Sistema Único de Saúde, no apêndice F, podem ser consultados seus números e suas datas de julgamento.

5.2.1 Distribuição no espaço e no tempo das ações judiciais de internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar

Os julgamentos proferidos pelo TJSP abrangem todas as comarcas do estado de São Paulo. Entretanto, os acórdãos coletados foram oriundos de processos judiciais de 29 comarcas. A lista completa das comarcas encontra-se no apêndice D.

Aqui, também, só estavam disponíveis acórdãos sobre a temática investigada a partir do ano de 2008.

Tabela 15- Distribuição no espaço e no tempo das ações judiciais (n=88), relativas à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, julgadas pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008 – 2012

Variáveis	n	%
Comarcas		
São Paulo	40	45,5
São José do Rio Preto	7	8,0
Marília	4	4,5
Santo André	4	4,5
Campinas	3	3,4
Outras	30	34,1
Ano de julgamento		
2012	54	61,4
2011	15	17,0
2010	14	15,9
2009	3	3,4
2008	2	2,3

5.2.2 Posição das partes

Nos processos que envolveram o Sistema de Saúde Suplementar, como era de esperar-se, figuraram como apelantes e apelados, em quase todos os acórdãos, operadoras de planos de saúde e beneficiários, respectivamente. Cumpre ressaltar que, em um acórdão, figurou como apelante uma associação estipulante de um plano de saúde e, em outro, como apelado, uma prefeitura municipal (que constituem a categoria “outros” na tabela que se segue). Nos dois casos, tanto a associação quanto a prefeitura atuavam como contratantes de planos de saúde para seus associados/funcionários e, por esse motivo, foram chamadas à lide. Como as decisões estavam relacionadas a processos judiciais envolvendo o direito à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, suas informações foram computadas na análise.

Tabela 16 – Posição das partes interessadas nos acórdãos, relativos à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012

Partes	Apelantes		Apelados	
	n	%	n	%
Operadoras de planos de saúde	67	76,1	20	22,7
Beneficiários	20	22,7	67	76,1
Outros	1	1,1	1	1,1
Total	88	100	88	100,0

5.2.3 Operadoras e planos de saúde

O estudo possibilitou conhecer as operadoras mais implicadas em ações judiciais de 2ª Instância relacionadas a pedidos de internação psiquiátrica no período considerado, bem como os segmentos aos quais pertencem. Da mesma forma, buscou identificar-se a data, o tipo e a segmentação dos planos de saúde contratados, tendo em vista serem informações importantes para a discussão sobre o direito requerido em juízo.

No total, foram identificadas 39 operadoras de planos de saúde. A seguir, são apresentadas as operadoras mais citadas nos acórdãos. A lista completa encontra-se no apêndice G.

Tabela 17 – Operadoras mais citadas e suas segmentações, data da contratação, tipo e segmentação dos planos de saúde citados nos acórdãos (n=88), relativos à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008 – 2012

Variáveis	n	%
Operadoras		
Amil Assistência Médica Internacional	10	11,4
Unimed Paulistana - Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico	8	9,1
Medial Saúde S/A	7	8,0
Sul América Seguro Saúde S/A	5	5,7
Unimed Campinas – Cooperativa de trabalho Médico	4	4,5
Crusam – Cruzeiro do Sul Serviços de Assistência Médica S/A	4	4,5
Segmentação das operadoras ⁽¹⁾		
Medicina de grupo	55	62,5
Cooperativa médica	32	36,4
Data da contratação do plano		
Posterior à Lei n. 9.656/98	30	34,1
Anterior à Lei n. 9.656/98	7	8,0
Não informada	51	58,0
Tipo de contratação do plano		
Coletivo empresarial	5	5,7
Coletivo não especificado	3	3,4
Não informado	80	90,9
Segmentação do plano		
Ambulatorial e hospitalar	3	3,4
Não informada	85	96,6

Nota: (1) Foram identificados 88 acórdãos que versavam sobre internação psiquiátrica referentes ao Sistema de Saúde Suplementar. Entretanto, 87 operadoras figuraram como partes, sendo excluída da classificação quanto à segmentação uma associação por não se tratar de operadora de planos de saúde.

5.2.4 Demandas judiciais e concessão de tutela antecipada

O estudo classificou os tipos de demandas relacionados à internação psiquiátrica. Verificou também a possibilidade do pedido de tutela antecipada para essas demandas. Na Tabela 18, apresentam-se estes resultados.

Tabela 18 – Demandas judiciais e concessão de tutela antecipada citadas nos acórdãos (n=88), relativos à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012

Variáveis	n	%
Demandas		
Custeio de internação psiquiátrica	78	88,7
Reembolso do custeio de internação psiquiátrica	9	10,2
Custeio de internação psiquiátrica em clínica não credenciada	1	1,1
Tutela Antecipada		
Concedida	45	51,1
Não concedida	2	2,3
Não solicitada ou não informada	41	46,6

5.2.5 Sexo da pessoa para quem se pede a internação

Do mesmo modo como mencionado no caso de Sistema Único de Saúde, foi possível identificar o sexo das pessoas sujeitas à internação. Tem-se que 72,7% eram do sexo masculino, 26,1% do sexo feminino e 1,1% não foi identificado.

5.2.6 Situação de saúde

O estudo verificou as doenças e os transtornos de saúde mencionados nos acórdãos. Destarte, na ausência dessa informação, em grande parte dos julgados, foi possível conhecer as principais causas das solicitações de internação psiquiátrica levadas à justiça.

Tabela 19 – Situações de saúde citadas nos acórdãos (n=88), relativos à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012

Situações de Saúde	n	%
Dependência de múltiplas drogas	22	25,0
Transtorno afetivo bipolar	8	9,1
Psicoses	8	9,1
Dependência de álcool	4	4,5
Esquizofrenia	4	4,5
Outros	10	11,4
Não informada	35	39,8

5.2.7 Resultado das decisões judiciais

Da mesma forma como ocorreu com as decisões que envolveram o Sistema Único de Saúde, nesta etapa da investigação, foi possível medir os diferentes tipos de julgamento e a manutenção das decisões favoráveis à internação psiquiátrica.

Tabela 20 – Julgamentos com decisões de 1ª e de 2ª Instâncias constantes nos acórdãos, relativos à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012

Julgamentos	1ª Instância		2ª Instância	
	n	%	n	%
Favoráveis ao custeio integral da internação psiquiátrica pelo tempo prescrito	70	79,5	83	94,3
Favoráveis ao custeio da internação psiquiátrica após o período de carência	0	0	1	1,1
Desfavoráveis ao custeio integral da internação psiquiátrica após o prazo estabelecido em contrato	14	15,9	4	4,5
Desfavoráveis ao custeio da internação psiquiátrica	3	3,4	0	0
Processos extintos sem julgamento de mérito	1	1,1	0	0
Total	88	100,0	88	100,0

Diante dos resultados, pode-se afirmar que 97,1% das decisões de 1ª Instância favoráveis ao pedido de internação psiquiátrica foram mantidas procedentes pelos julgamentos de 2ª Instância.

Cabe destacar que a separação feita nas variáveis dos julgamentos decorre dos resultados encontrados nos acórdãos. Grande parte das decisões foi favorável à internação psiquiátrica pelo tempo prescrito pelo médico assistente. Outra parte foi favorável à internação, porém somente depois de transcorrido o período de carência estabelecido no contrato de plano de saúde. As decisões desfavoráveis situaram-se desde o não provimento do custeio integral da internação após o tempo estabelecido no contrato de plano de saúde, ou seja, do custeio de apenas parte da internação, até o não provimento do custeio total da internação psiquiátrica. Ressalte-se, ainda, a ocorrência de um processo extinto em 1ª Instância sem julgamento de mérito por questões processuais.

Da leitura das decisões, também foi possível verificar a ocorrência de concessão de indenização por danos morais em 4,5% dos acórdãos. No entanto, tal medida não foi concedida, ou foi afastada em 2ª Instância, em 20,5% das decisões. Em 70,5% dos acórdãos, a medida não foi solicitada ou não havia a referida informação.

5.2.8 Interdição judicial e existência de indicação médica para a internação

Como foi realizado nos acórdãos que tratavam das demandas de internações psiquiátricas no Sistema Único de Saúde, aqui se procurou verificar a ocorrência de uma relação entre a interdição e a internação psiquiátrica, bem como averiguar a existência de relatório médico solicitando a internação. Seguem os resultados:

Tabela 21- Interdição judicial e indicação médica para a internação psiquiátrica mencionadas nos acórdãos (n=88), relativos ao Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012

Variáveis	n	%
Interdição		
Usuário previamente interditado	3	3,4
Não solicitada ou não informada	85	96,6
Relatório médico com indicação de internação		
Sim	42	47,7
Não informado	46	52,3

5.2.9 Decisões judiciais de 2ª Instância e menção de indicação médica para a internação

Buscou-se, também, compreender a relação entre o resultado das decisões judiciais e o posicionamento médico descrito nos acórdãos quanto à internação psiquiátrica como medida adequada. A tabela abaixo sintetiza estes resultados.

Tabela 22 – Decisões judiciais sobre internação psiquiátrica segundo indicação médica para internação nos acórdãos, relativos ao Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012

Julgamento	Com indicação		Sem indicação		Sem menção ⁽¹⁾		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Favoráveis ao custeio da internação psiquiátrica	41	46,6	0	0	43	48,9	84	95,5
Desfavoráveis ao custeio da internação psiquiátrica	1	1,1	0	0	3	3,4	4	4,4
Total	42	47,7	0	0	46	52,3	88	100,0

Nota: (1) Nestes acórdãos, não foi mencionada a existência de relatórios ou laudos médicos indicando ou não indicando a internação psiquiátrica.

5.2.10 Argumentos das operadoras de planos de saúde

O estudo buscou conhecer os argumentos utilizados pelas operadoras para se defenderem em juízo das ações promovidas pelos beneficiários de planos de saúde. A Tabela 23 apresenta as principais categorias de argumentos.

Tabela 23 – Argumentos das operadoras de planos de saúde mencionados nos acórdãos (n=88), relativos à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012

Argumentos	n	%
Há cláusula expressa de exclusão contratual de internação psiquiátrica	46	52,3
A restrição está fundamentada na Resolução CONSU n.11/98	30	34,1
O contrato foi firmado sob a égide da Lei n. 9.656/98	23	26,1
O dever de prover a saúde é do Estado	12	13,6
A cobertura ilimitada desequilibra o contrato	11	12,5
A Resolução CONSU n. 11/98 e a RN n. 211/11 estabelecem a coparticipação no custeio da internação psiquiátrica	9	10,2
A clínica/hospital não faz parte da rede credenciada	9	10,2
O contrato foi firmado antes da Lei n. 9.656/98	7	7,3
A súmula 302 do STJ não se aplica a internações psiquiátricas	5	5,2
A doença mental era preexistente	3	3,4
A situação não era de emergência	3	3,4
O beneficiário estava em período de carência	2	2,3
O contrato foi firmado anteriormente ao CDC ⁽¹⁾	2	2,3

Nota: (1) CDC – Código de Defesa do Consumidor

5.2.11 Argumentos dos beneficiários de planos de saúde

O estudo também revelou os argumentos dos beneficiários dos planos de saúde utilizados para sustentar o pedido judicial relativo à internação psiquiátrica. Os argumentos são apresentados na Tabela 24.

Tabela 24 – Argumentos dos beneficiários de planos de saúde mencionados nos acórdãos (n=88), relativos à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012

Argumentos	n	%
A cláusula que limita a internação psiquiátrica é abusiva	27	30,7
O direito à internação psiquiátrica é assegurado pela Lei n. 9.656/98 e jurisprudência pátria	4	4,5
A legislação permite internação fora da rede credenciada em casos de urgência	4	4,5
A operadora não dispunha de hospital psiquiátrico credenciado	3	3,4
As cláusulas restritivas não foram redigidas de forma clara	1	1,1
O contrato é de renovação automática, aplicando-se a Lei n. 9.656/98	1	1,1
A limitação da internação afronta o princípio da dignidade humana	1	1,1
Não há carência quando a internação é de urgência	1	1,1

Nota: Em 47 acórdãos, não foram citados os argumentos apresentados pelos beneficiários.

5.2.12 Principais legislações e normativos aplicados pelos juízes

Neste aspecto, também foram computadas as legislações mais utilizadas pelos juízes para fundamentarem suas decisões de 2^a Instância. Salienta-se que foi comum a utilização de mais de um tipo normativo por acórdão e que, em contrapartida, alguns acórdãos não apresentaram nenhuma legislação específica.

Tabela 25 – Legislações e normas que fundamentaram as decisões nos acórdãos (n=88), relativos à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012

Legislações	n	%
Súmula 302 do STJ	62	70,5
Código de Defesa do Consumidor	55	62,5
Lei n. 9.656/98 - artigo 12, inciso II	34	38,6
Resolução CONSU n.11/98	33	37,5
Súmula 92 do TJSP	11	12,5
Lei n. 9.656/98 – outros artigos	10	11,4
Resolução CONSU n. 2/98	8	9,1
Código Civil	6	6,8
Constituição Federal – artigo 5º	6	6,8
Resolução ANS n. 211/11	3	3,4
Enunciado n. 17 do TJSP	2	2,3

5.2.13 – As Representações Sociais do Tribunal de Justiça de São Paulo sobre o direito à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar

Do mesmo modo como foram construídos os discursos coletivos dos juízes prolatadores dos acórdãos referentes ao Sistema Único de Saúde, foram produzidos os discursos coletivos dos juízes que proferiram acórdãos relacionados à internação psiquiátrica no âmbito do Sistema de Saúde Suplementar, revelando suas representações acerca do direito à internação psiquiátrica. São explicitadas a seguir as ideias centrais e seus correspondentes discursos.

5.2.13.1 Categorias das ideias centrais dos discursos dos juízes

A	É abusiva a recusa, a cobrança de coparticipação e a limitação temporal da internação psiquiátrica em contratos de planos de saúde firmados anterior ou posteriormente à Lei n. 9.656/98 e ao Código de Defesa do Consumidor.
B	O direito à saúde está relacionado ao direito à vida que é superior a qualquer outro. A operadora tem o dever de preservar o direito à assistência à saúde de seus clientes, não cabendo ao SUS esse atendimento.
C	O Conselho Nacional de Saúde Suplementar e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, indevidamente, restringiram o tempo de internação hospitalar que a Lei n. 9.656/98 pretendia evitar.
D	A prescrição do tempo de internação é de competência do médico que assiste o paciente, não sendo prerrogativa da operadora definir esse prazo sob qualquer alegação.
E	A operadora não está obrigada a custear a internação em hospitais que não pertençam a sua rede credenciada.
F	É válida a cláusula contratual que limita a internação psiquiátrica no tempo, não podendo ser exigido das operadoras de planos de saúde a prestação de atendimento incondicional à saúde.

Figura 12 - Categorias das ideias centrais dos discursos dos juízes sobre a internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012.

Figura 13— Percentuais de categorias das ideias centrais nos discursos dos juízes sobre a internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008-2012.

5.2.13.2 Discurso do Sujeito Coletivo dos Juízes

Categoria A - É abusiva a recusa, a cobrança de coparticipação e a limitação temporal da internação psiquiátrica em contratos de planos de saúde firmados anterior ou posteriormente à Lei n.9.656/98 e ao Código de Defesa do Consumidor.

Não se está a olvidar cuidarem-se os planos de saúde de um sistema complementar e de caráter privado, ao qual não se impõe o dever de custear todo e qualquer tratamento, mas, que no específico caso dos autos, o dispositivo contratual está em evidente contrariedade com o texto de lei, ainda que norma administrativa o respalde. Consistindo o tratamento prescrito à autora em internação hospitalar não pode o contrato estipular, de maneira prévia, quaisquer prazos ou limites de duração, como pretendeu a demandada. Quando já em vigência a Lei n. 9.656/98, suas disposições deveriam guardar estrita consonância com os critérios mínimos estabelecidos nesse diploma, dentre os quais, a "cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos". O negócio jurídico firmado entre as partes é de execução periódica ou continuada, prolongando-se no tempo, em que os direitos e obrigações dele decorrentes são exercidos por tempo indeterminado e sucessivamente, de forma que as disposições da Lei n. 9.656/98 são inteiramente aplicáveis ao caso em apreço. É inegável a aplicação do disposto no Código de Defesa do Consumidor à relação jurídica existente entre as partes, mesmo que o contrato tenha sido firmado antes de sua vigência, figurando a requerida como prestadora de serviços e a autora como consumidora final, por se tratar de matéria de ordem pública e, portanto, aplicável de plano, independentemente da data em que foi firmado o contrato pelas partes litigantes. Em que pese a internação do apelado ser sui generis, por ter-se dado em razão de psicopatologia proveniente do uso de drogas, a restrição de 15 dias de internação, por ano, é inadmissível. A cláusula em questão é abusiva, pois coloca o consumidor em desvantagem exagerada e esvazia o objeto do contrato, que é fornecer cobertura de despesas médicas nos casos de doença dos beneficiários e dependentes. São reputadas abusivas as cláusulas que estabeleçam obrigações contrárias à boa-fé objetiva, assim compreendida aquela que retira do contrato sua eficácia básica, no caso de atendimento a doença e tratamento cobertos, verdadeira cláusula perplexa, assim inválida. É nesse sentido o enunciado da Súmula 302 do Superior Tribunal de Justiça, a edição do Enunciado nº17 dessa Câmara e a Súmula 92 do Tribunal de Justiça de São Paulo, que pacificaram essa matéria: "É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado". Igualmente, condicionar a permanência da internação ao pagamento, posto que parcial, pelo beneficiário, significa, em última análise, impor-lhe restrição abusiva e, mais, contornar o enunciado de orientação mesmo já sumulada. Significa, indiretamente, privá-lo de atendimento coberto pela limitação do tempo de internação, em que se consubstancia a exigência da coparticipação após os primeiros quinze ou trinta dias. De outra parte, a jurisprudência igualmente firmou entendimento, reconhecendo ser abusiva a postura do hospital que condicione o atendimento de paciente à prestação de cheque caução, assinatura de nota promissória ou de termo de responsabilidade por despesas médicas, por implicar vantagem excessiva ao prestador de serviço.

Categoria B - O direito à saúde está relacionado ao direito à vida, que é superior a qualquer outro. A operadora tem o dever de preservar o direito à assistência à saúde de seus clientes, não cabendo ao SUS esse atendimento.

O tema levantado nos presentes autos tem relação com a preservação do direito à saúde que, devido a sua importância, muitas vezes se sobrepõe a outros. Esse direito está diretamente ligado ao direito à vida, que é superior a qualquer outro. O ordenamento jurídico pátrio prevê, conforme mandamentos constitucionais, a primazia do bem jurídico vida sobre os demais. Em se tratando do bem jurídico saúde, o contrato tem de ser relativizado e interpretado de modo a privilegiar tal bem jurídico, ainda que em detrimento do que havia sido pactuado entre as partes. Por isso, o contrato de consumo, do tipo prestação de assistência médica e hospitalar, não pode ficar adstrito às regras normais dos demais contratos, a exemplo de uma venda e compra, uma locação, um empréstimo, etc. Cumpre ressaltar que o comando do artigo 196 da Constituição Federal defende ser a saúde direito de todos e dever do Estado. Entretanto, enquanto prestadora de serviços de saúde, tem a Ré o dever de preservar a vida e o direito à saúde de seus clientes, de modo a cumprir de forma eficaz o contrato estabelecido. Enquanto prestadora de serviços de saúde, o dever de preservar a essência primeira do ser humano, qual seja, a vida, o direito à saúde e de ser tratado. Quando uma pessoa contrata um plano de saúde, o faz para ter a certeza de que, em um momento de necessidade, de risco para sua saúde e sua vida, não ficará desamparada, sem atendimento médico eficaz. A proteção a esses direitos, portanto, é da própria natureza do contrato de seguro de saúde. A relação médico-paciente sempre se pautou na confiança, que nos dias de hoje se transferiu em grande parte para a relação plano de saúde-segurado. Dessa forma, devem ser garantidas as legítimas expectativas depositadas pelo consumidor no vínculo contratual. Ao contratar com o consumidor, parte vulnerável na demanda, este presume que ao se associar a um plano de saúde terá, quando necessário, tratamento adequado a detectar e curar patologias, crente ainda de que será auxiliado por profissionais aptos, bem como ter à sua disposição métodos eficazes de restabelecimento de sua saúde, e nisto, é claro, incluem-se exames, tratamentos, medicamentos e tudo o que for necessário à cura, inclusive internações, sendo que estes não podem ser recusados sob o argumento de que o contrato possui cláusulas que limitam o período de internação em casos psiquiátricos. Os prazos exíguos e insuficientes para o perfeito restabelecimento do destinatário da cobertura não refletem o objetivo da contratação do plano de saúde que cobre a enfermidade. Fundamentalmente, o que se entende é que “o consumidor não é senhor do prazo de sua recuperação”, pelo que, coberta a doença e o tratamento, não se há de previamente restringir a sua extensão. O contrato pode, conforme o caso, limitar a cobertura de certos males, mas não indicar como e quando ele deva ser enfrentado. É da jurisprudência que “o plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para respectiva cura”. Nem mesmo o fato de a clínica não ser conveniada ao plano de saúde afasta o direito dos autores. É de se consignar que a ré não comprovou a existência e a disponibilização de vaga para o tratamento de que necessitava o autor. A jurisprudência evoluiu no sentido de que, mesmo quando o conveniado vai por conta própria à rede não credenciada, o convênio deve suportar as despesas que teria se o tratamento fosse feito na rede credenciada, evitando-se, assim, que a infração contratual

praticada pelo consumidor tenha como consequência a total isenção do convênio em detrimento do conveniado que, em parte, teria direito de pagamento ou reembolso. Rejeita-se também o argumento de que o apelado poderia tratar-se na rede pública de saúde, pois é sabido por todos que é devido a sua precariedade que as pessoas estão procurando os planos de saúde, para melhor atendimento e cuidado com sua saúde e de suas famílias.

Categoria C - O Conselho Nacional de Saúde Suplementar e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, indevidamente, restringiram o tempo de internação hospitalar que a Lei n.9.656/98 pretendia evitar.

O que o colegiado do órgão administrativo de fiscalização fez ao editar a Resolução nº 11 foi arrogar-se, indevidamente, na posição de legislador, restringindo o que a lei não fez. Não aproveita à apelante a colação de regulamentação da ANS, dado que a agência reguladora não tem capacidade legislativa e não pode revogar ou restringir o alcance de garantias estatuídas em lei ordinária, notadamente quando se cuida de normas de ordem pública e interesse social. Nem se diga que a Resolução CONSU nº 11 e a Resolução Normativa nº 211 estariam a autorizar uma limitação que a própria lei pretendia evitar. É certo que a cláusula contratual em que se firma a requerida está pautada em disposição expressa da Resolução nº 11, do Conselho de Saúde Suplementar, ligado à Agência Nacional de Saúde. Ocorre que essa norma administrativa é de ilegalidade patente, conforme, inclusive, já reconhecido pelos tribunais pátrios. Portanto, claro está que há obrigatoriedade de as operadoras de plano de saúde custearem, pelo menos, 15 dias de internação psiquiátrica, o que configura o período mínimo de internação que deverá ser suportado. Isso não significa que os planos de saúde estão autorizados a limitar o período de internação a exatos 15 dias, mas sim que se trata de um parâmetro mínimo a ser observado pelas operadoras de plano de saúde. Além da referida resolução não poder, naturalmente, ser interpretada em desconformidade com a lei ordinária, é certo que ela não limita a cobertura a 15/30 dias, mas apenas estabelece que a operadora é obrigada, pelo menos, a custear, integralmente, 30 dias de internação, no caso de tratamentos psiquiátricos em situação de crise (Art. 2º, II, 'a'), podendo estabelecer, em caso de período superior, coparticipação do usuário, que deverá estar claramente definida no contrato.

Categoria D - A prescrição do tempo de internação é de competência do médico que assiste o paciente, não sendo prerrogativa da operadora definir esse prazo sob qualquer alegação.

O apelado foi internado em caráter de urgência em hospital psiquiátrico. Após 30 dias de internação, foi constatada pouca adesão ao tratamento ambulatorial, razão pela qual o médico psiquiatra responsável indicou a prorrogação da internação, uma vez que o apelado apresentava “risco de agressividade contra terceiros, sintomas psicóticos e risco suicida”. Incontroversa, pois, a necessidade do tratamento. O autor possui comportamento agressivo e constantemente oferece risco a outros pacientes, necessitando de contenção química e física; informações estas que foram prestadas recentemente, mediante ofício expedido por este relator para este fim. Anoto, por fim, que a recomendação de internação foi confirmada pelo médico assistente, não se tratando, pois, de opção do postulante. Não compete à operadora limitar o período de internação. O tempo necessário para o restabelecimento do paciente somente poderá ser aferido pelo médico que o assiste. Caso contrário estar-se-ia colocando em risco a própria vida do autor, pois não há como prever a quantidade de dias necessários

de internação para cada caso, cabendo tal análise somente ao médico especialista da área. A internação foi prescrita por prazo indeterminado, de modo que, sendo esse o tratamento prescrito, não poderia o contrato estipular, de maneira prévia, quaisquer prazos ou limites de duração. Nesses termos, a apelante tem a obrigação de arcar com o tratamento para o recorrido durante o período em que os médicos julgarem necessário, buscando privilegiar sua recuperação e reinserção à convivência social, com todo o acompanhamento médico-hospitalar.

Categoria E - A operadora não está obrigada a custear a internação em hospitais que não pertençam a sua rede credenciada.

No que tange ao pedido de continuidade do tratamento do apelante em clínica não incluída em sua rede credenciada, o mesmo não deve prosperar, pois, havendo estabelecimento credenciado e apto a fornecer o tratamento necessário ao reestabelecimento da saúde do apelante, é lícita a cláusula contratual que restrinja a cobertura de tratamento do segurado aos estabelecimentos e profissionais a ela credenciados. Não se pode obrigar a operadora do plano de saúde a arcar com despesas superiores àquelas contratadas. Se existe clínica especializada credenciada é porque a ela o plano de saúde pagará valores especiais acordados com antecedência e dentro dos limites de sua receita, não podendo, pois, os pacientes pleitearem tratamento em locais não credenciados, exceto se arcarem com a diferença de valores. A operadora tem razão no que se refere aos limites de cobertura, que devem observar o disposto em cláusula contratual. Trata-se de cláusula clara e que, segundo a alegação da ré, sempre foi do conhecimento da autora, que, por isso, não pode alegar abusividade ou ilegalidade.

Categoria F - É válida a cláusula contratual que limita a internação psiquiátrica no tempo, não podendo ser exigido das operadoras de planos de saúde a prestação de atendimento incondicional à saúde.

É preciso que se prestigie a autonomia da manifestação de vontade das partes no contrato, pena de, com base no Código de Defesa do Consumidor, criar-se um verdadeiro direito não escrito e não pactuado, ao sabor das interpretações subjetivas das partes e do próprio Poder Judiciário. O contrato cumpriu com o mínimo exigido, não podendo obrigar a seguradora a uma maior cobertura integralmente. Limitar a responsabilidade em função do prêmio é o procedimento normal em qualquer contrato de seguro. Nem impressiona o argumento de que a saúde do corpo não deva ser repartida. A maioria dos planos, sem que validamente se questione, não cobrem inúmeros tratamentos como dentários, estéticos, alternativos, experimentais que, do mesmo modo, podem traduzir melhora na saúde. A inserção de cláusulas excludentes ou limitativas de cobertura de determinados tratamentos nos contratos de plano de saúde não deve, por si só, ser considerada prática abusiva, porquanto busca amoldar os serviços oferecidos ao prêmio a ser pago pelo conveniado ou segurado, visando a dar equilíbrio ao contrato. A cláusula excludente de internação psiquiátrica por período superior a 30 dias está descrita de forma legível, de modo a permitir sua compreensão pela apelada. É válida, portanto, a cláusula que prevê o custeio integral de 30 dias de internação. Não se pode exigir das empresas prestadoras de serviços médicos e hospitalares o dever de prestar, incondicional e independentemente de regras contratuais, todo e qualquer atendimento aos seus segurados. Determinar-se que a apelante preste a cobertura de risco que não assumiu - e poderia ter assumido, porém com um prêmio de valor completamente

diverso - importa em violar o contrato. A prestação ilimitada de assistência à saúde é dever do Estado, por expressa disposição constitucional, e não dos particulares, no exercício da livre atividade econômica. Portanto, e se o Estado não cumpre - como deve e deveria - esse dever, certamente não é transferindo aos particulares esse ônus que as dificuldades serão superadas. Não se pode exigir que os planos de saúde substituam a função social do Estado.

6 DISCUSSÃO

*Justiça é a verdade em ação.
Benjamín Disraeli*

6.1 As internações psiquiátricas por via judicial no Sistema Único de Saúde

Na distribuição espacial das demandas judiciais, foi possível observar que não houve predomínio significativo de nenhuma comarca. Uma comarca é uma circunscrição judiciária em que se divide o território dos estados. Assim, uma comarca pode abranger mais de um município. O município de São Paulo, entretanto, que abriga o maior número de estabelecimentos psiquiátricos do estado, foi responsável por apenas 2% dos acórdãos (Tabela 1).

Observou-se que não houve uma distribuição homogênea dos acórdãos, havendo um crescente de julgamentos com significativo ápice em 2012, ano que concentra praticamente a metade dos acórdãos (Tabela 1). Parte dessa situação pode ser explicada pelo ritual administrativo de tramitação dos processos que chegam à 2ª Instância. Contudo, o acúmulo e a demora no julgamento das ações judiciais também são devidos à morosidade da justiça e, provavelmente, ao aumento do número de ações impetradas em 1ª Instância sobre internações psiquiátricas nos últimos anos, conforme relatado por juízes integrantes do COEXES (REUNIÃO DO COMITÊ EXECUTIVO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011, 2012).

Quase todas as partes interessadas nos processos alternaram-se como apelantes e apelados, a depender do resultado da 1ª Instância. Confirmou-se o que é observado no cotidiano de trabalho dos juizados cíveis: são as mães dos usuários do Sistema Único de Saúde (do sujeito para quem se pede a internação) as principais apelantes nos processos de 2ª Instância. Juntamente com os pais, os irmãos e os cônjuges, somam 45,8% dos apelantes nos processos de 2ª Instância, o que comprova que são os familiares das pessoas acometidas por transtornos psiquiátricos os principais responsáveis pelo pedido de internação. As prefeituras municipais e a Fazenda Pública do Estado de São Paulo também apresentaram uma participação importante enquanto apelantes. Dessa forma, ao perderem na 1ª Instância, recorrem da decisão para não serem obrigadas a arcar com a internação psiquiátrica deferida

(Tabela 2). Também figuraram como principais apelados, depois da pessoa para quem se pedia a internação compulsória.

É interessante notar que algumas das próprias pessoas para as quais a internação estava sendo solicitada figuraram no polo ativo do processo de 2^a Instância. Foram quatro situações no total. Em duas, pleiteou-se a anulação da decisão que deferia a internação compulsória e, nas outras duas, requereu-se o ressarcimento de despesas com medicamentos e internação em hospital não conveniado ao SUS, e autorização para internação em clínica particular. Contudo, os principais apelados nos processos de 2^a Instância (43,8%) foram as pessoas para as quais se pedia a internação (Tabela 2). Isso tem um significado relevante quando analisamos as demandas relativas à internação psiquiátrica nos acórdãos. Constatou-se que 50% das demandas solicitavam autorização para a internação e não propriamente a vaga de um leito público (Tabela 3). O que os familiares das pessoas portadoras de transtorno mental estavam buscando era o direito de interná-las, mesmo contra sua vontade, ou seja, o que almejavam era a internação compulsória. Observa-se, portanto, que não é somente a ausência de vagas para internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde que leva as pessoas a ingressarem na justiça, mas outros fatores a serem discutidos mais adiante. Em que pese a falta de informação sobre os pedidos de tutela antecipada em 56,3% dos acórdãos, a tutela foi concedida em 28,1% dos pedidos (Tabela 3).

A principal situação de saúde que motivou o pedido judicial pela internação compulsória foi a dependência de drogas, citada em 64,6% dos acórdãos. O estudo procurou classificar as drogas mencionadas nos acórdãos, mas essa informação não estava presente na maioria deles. A droga mais citada dentre aqueles que possuíam tal informação foi o crack (19,4%). A dependência de álcool ocupou o segundo lugar, presente em 14,6% dos acórdãos (Tabela 4). Descobriu-se também que as pessoas para as quais se pedia a internação eram majoritariamente do sexo masculino. Estatísticas globais da Organización Mundial de la Salud (2001) e estudos realizados na população brasileira (ALMEIDA-FILHO et al., 1997; SANTOS; SIQUEIRA, 2010) apontam que os transtornos mentais são mais prevalentes em mulheres do que em homens. Entretanto, os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, como álcool e drogas, acometem mais a população masculina, o que foi também confirmado no presente estudo, enquanto os transtornos da ansiedade e do humor são mais frequentes em mulheres.

Quanto às decisões judiciais, observa-se que o número de decisões favoráveis à internação compulsória é praticamente igual nas duas Instâncias, sendo maior que o número de decisões desfavoráveis. O comportamento do judiciário mostrou-se uniforme, tendo em vista que a 2ª Instância confirmou os resultados da 1ª Instância. Das decisões favoráveis em 1ª Instância, 23 foram mantidas favoráveis em 2ª Instância, o que representa uma taxa de manutenção de decisões favoráveis de 74,2%. No entanto, é possível concluir que os juízes de 2ª Instância são mais desfavoráveis à internação compulsória que os de 1ª (Tabela 6). Os estudos de Borges e Ugá (2010), Marques e Dallari (2007), Messeder, Osorio-de-Castro e Luíza (2005) e Romero (2010) também concluem que as decisões judiciais envolvendo a exigência da prestação do direito à saúde pelo Estado, no que tange à assistência farmacêutica, são, em sua grande maioria, favoráveis ao usuário do Sistema Único de Saúde.

Merecem destaque os processos extintos em 1ª Instância sem julgamento de mérito, que representaram metade dos acórdãos analisados. Esse fato pode indicar que os juízes não se preocuparam com a análise do mérito das internações. Investigando-se as causas das extinções, tem-se que a carência de ação foi o fundamento utilizado pelos juízes em metade dos processos extintos. A carência de ação ocorre quando o autor da ação deduz pedido juridicamente impossível, é parte ilegítima para a propositura da ação ou quando não possui interesse processual (BRASIL, 1973). Embora não tenha sido objetivo deste trabalho investigar as motivações das sentenças de 1ª Instância, foi possível concluir que a carência de ação fundamentou grande parte das decisões relacionadas aos pedidos impetrados pelas mães dos portadores de transtorno mental, sendo que os juízes prolatores dessas decisões as consideraram como parte ilegítima para figurar no polo ativo da ação. A falta de ajuizamento prévio de interdição da pessoa também foi responsável pela extinção de 15,6% de processos na 1ª Instância. Esses juízes entenderam que, para haver internação compulsória, seria necessária a declaração da incapacidade civil da pessoa. Entretanto, a interdição não é pré-requisito para a internação psiquiátrica, de acordo com a legislação brasileira (BRASIL, 2002), além de trazer graves consequências para o interdito. São procedimentos independentes, mas que, em alguns casos, podem relacionar-se intimamente. Cabe ainda ressaltar que alguns juízes consideraram a inépcia do pedido de internação, em virtude de vícios que tornavam o pedido confuso e contraditório, causando, portanto, a extinção do processo sem análise de mérito.

Nos acórdãos que decidiram pelo retorno do processo à 1ª Instância para julgamento do mérito, foi possível fazer uma análise do posicionamento judicial quanto à favorabilidade

do juiz à internação. Constatou-se que a maior parte (62,9%) apresentou argumentos favoráveis ao exame da situação e à internação psiquiátrica como medida de proteção, mas não decidiu autorizá-la em 2ª Instância, mesmo que isto fosse possível. A regra geral é a de que, quando o Tribunal de 2ª Instância anula a decisão de 1ª Instância, deve determinar o retorno dos autos à 1ª Instância para proferimento de novo julgamento, uma vez que não pode ocorrer a supressão de Instância. Seria violado o princípio do juiz natural se o Tribunal de 2ª Instância julgasse o mérito. Contudo, nessas situações, o artigo 515, parágrafos 3º e 4º, do Código de Processo Civil, permite ao Tribunal o julgamento do mérito quando a questão processual é eminentemente de direito e não se faz necessário produzir mais provas, ou quando há vício no processo e este é sanável (BRASIL, 1973). Esse julgamento de mérito pela 2ª Instância não ocorreu na maioria dos julgados de 1ª Instância que decretou a extinção do processo e, embora os argumentos utilizados pelos juízes fossem favoráveis à internação, restou evidenciada a necessidade da apuração da real necessidade da internação compulsória pelos juízes do Tribunal.

A interdição também foi analisada separadamente. Verificou-se que a maior parte dos acórdãos não continha essa informação, mas foi possível notar que 24% das pessoas para quem se pedia a internação já estavam interditadas ou estavam com o processo de interdição em curso. Não é possível fazer nenhuma inferência acerca do respeito aos direitos civis dessas pessoas porque o estudo não abrangeu a causa da interdição. Por ora, pode-se dizer que o percentual de pessoas portadoras de transtorno mental declaradas incapazes civilmente nos acórdãos analisados é baixo, não sendo possível conhecer se a interdição está sendo utilizada como justificativa da internação.

A maioria dos acórdãos relacionados ao Sistema Único de Saúde continha a informação sobre a indicação médica da internação. Comprovou-se que praticamente todos os acórdãos favoráveis à internação compulsória concordavam com o posicionamento médico indicativo da internação. Uma significativa concordância entre juízes e médicos também ocorreu no caso das decisões desfavoráveis. Chamaram a atenção casos particulares: um em que não havia a indicação da medida, mas o juiz decidiu pela internação ao se convencer da necessidade da medida pelos argumentos manifestados pela família da pessoa; outro no qual, mesmo com a indicação da internação, o juiz foi desfavorável, e os casos com indicação médica expressa da internação que foram extintos judicialmente ou que retornaram à 1ª Instância para julgamento do mérito. Essa situação talvez possa apontar para um problema

exposto reiteradamente pelos juízes integrantes do COEXES: a competência técnica do juiz para decidir sobre a necessidade da internação psiquiátrica.

Apesar da previsão expressa no artigo 6º da Lei n. 10.216/2001, a internação compulsória deve ser fundamentada em laudo médico motivado, não sendo prudente a assunção pelo juiz de uma postura completamente independente, baseada mais na necessidade de quem está pedindo do que da pessoa que será submetida à internação. O COEXES questionou o papel do Poder Judiciário e a competência para decidir sobre a adequação da medida de internação compulsória quando o tratamento está à disposição da pessoa, mas ela recusa a internação (REUNIÃO DO COMITÊ EXECUTIVO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2012). Contudo, esse problema não correu na 2ª Instância, visto que os dados do estudo apontam para um nível alto de concordância entre a decisão médica e a decisão judicial.

Ao analisarem-se os argumentos, foi possível observar que a linha argumentativa utilizada pelas prefeituras municipais e pela Fazenda Pública do Estado de São Paulo baseou-se no redirecionamento do modelo de atenção ao portador de transtorno mental, no qual a internação deve ser evitada, e, subsidiariamente, em alguns princípios que regem a administração pública. Por outro lado, os argumentos dos familiares fundamentaram-se em premissas favoráveis e desfavoráveis à internação compulsória como melhor medida de tratamento. Os juízes, por sua vez, posicionaram-se nos acórdãos por meio da contra-argumentação e fundamentação na legislação pátria. As representações sociais dos juízes são discutidas nos parágrafos abaixo.

A saúde é responsabilidade dos três entes da federação – município, estado e União

A saúde como uma responsabilidade dos três entes da federação foi uma representação comumente encontrada nos discursos dos juízes e baseou-se no marco constitucional do artigo 196, que imputa ao Estado o dever de garanti-la. Foi considerada norma de eficácia plena, ou seja, que não necessita de legislação infraconstitucional para ser exercida, sendo revestida de todos os elementos necessários para sua executoriedade imediata (TEMER, 1999), uma vez que consolida um direito humano fundamental.

Logo, a despeito da existência de uma programação normativa para a organização e a operacionalização do SUS, bem como a divisão e a atribuição de responsabilidades distintas entre os entes da federação sobre a prestação dos serviços de saúde, o direito à saúde não se transforma em norma de eficácia programática, porque é norma que promove garantia de

direito fundamental, tendo aplicação direta (aplica-se ao caso concreto), imediata (não depende de nenhuma condição para sua aplicação) e integral (não pode ser restringida por nenhuma lei). Esse foi o entendimento majoritário identificado na presente pesquisa, corroborado pela literatura pertinente ao tema da judicialização da saúde (BELLATO et al., 2012; PEREIRA et al., 2010; PEPE et al., 2010; SILVA et al., 2013).

No entanto, há um pensamento, menos preponderante na atualidade, que afiança ser o direito à saúde norma constitucional programática, norma de eficácia limitada, tendo em vista não ter força suficiente para desenvolver-se integralmente e depender de uma legislação complementar para ter incidência sobre o interesse tutelado. Constitui-se em princípios que necessitam ser traduzidos em “programas” para que seus fins sociais sejam alcançados pelo Estado (SILVA, 2001; BARROSO, 2009; BONAVIDES, 2013). Na doutrina jurídica, Cruz (2012) relata que, tradicionalmente, o direito à saúde inscrito no artigo 196 da Constituição Federal era interpretado como norma programática, visto ser impossível a descrição do elenco das possíveis prestações do Estado na garantia desse direito, de forma geral e abstrata, numa norma Constitucional, ficando essa tarefa a cargo das políticas públicas. Segundo o mesmo autor, essa mudança de interpretação de norma programática para norma de eficácia imediata, processo que recebeu o nome de mutação constitucional, é recente, sendo derivada da frustração histórica do constitucionalismo brasileiro na concretização dos direitos pelo Estado, tendo em vista o não reconhecimento da força normativa dos textos constitucionais e da falta de vontade política do próprio Estado em dar-lhes aplicabilidade imediata.

O termo Estado, empregado na Constituição, não designa um nível específico de gestão governamental, mas deve ser entendido como Poder Público (Administração Pública). O artigo 23, inciso II, da Constituição Federal, reforça essa compreensão, dispondo que é competência da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios cuidar da saúde (BRASIL, 1988). Daí depreende-se que o dever de garantir a saúde é inerente aos três entes governamentais e que, como não há qualquer restrição legal, o direito à prestação do atendimento à saúde pode ser evocado a qualquer um deles, não cabendo a alegação, principalmente utilizada pelos Municípios, de ilegitimidade para compor o polo passivo da lide, em virtude das determinações de ações específicas a cada ente expressas nos artigos 16, 17 e 18 da Lei n. 8.080/90. Não obstante a positivação desse direito na Constituição Federal, a Constituição do estado de São Paulo, em seu artigo 219, também estatui sobre esse direito em termos praticamente idênticos aos empregados na Carta Magna, corroborando o dever

impositivo ao estado e ao município de São Paulo. A Lei n. 8.080/90 também afiança essa obrigação do estado em seu artigo segundo.

A atribuição da responsabilidade pela internação ao estado e à União, pela consideração equivocada de que constitui procedimento de alta complexidade, também foi um argumento bastante utilizado pelos municípios, contudo não comporta guarida. O artigo 30, VII, da Constituição Federal, dispõe que é da competência do município prestar atendimento à saúde da população, com cooperação técnica e financeira da União e do respectivo estado. Estando definida nas portarias ministeriais como procedimento de média complexidade, tem o município o dever de prestar esse atendimento, considerando a diretriz organizativa do SUS de descentralização e a transferência de recursos da União e do estado para o custeamento dos procedimentos de alta e média complexidades pelo município.

Nesse contexto, a garantia da internação compulsória está diretamente ligada à manutenção da vida e da saúde e, por esse motivo, embasou a representação de que a vida e a saúde são direitos fundamentais decorrentes do respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana e que devem ser garantidos pelo Estado, a despeito de questões orçamentárias e burocráticas. Essa discussão sempre é norteadada por alguns princípios do direito, com base especialmente no princípio da dignidade humana.

A vida e a saúde são direitos fundamentais assegurados pela Constituição

O princípio da dignidade da pessoa humana, inscrito no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal, é um dos pilares do Estado Democrático de Direito, está na base do reconhecimento dos direitos humanos fundamentais e possui um alcance muito amplo relacionado ao respeito à condição de ser humano. Atienza (2009) sintetizou o núcleo do princípio da dignidade humana como o dever que todos os homens têm de tratar aos demais e a si como fins em si mesmos. Esse fim seria o próprio desenvolvimento dos seres humanos. Nesse sentido, a integridade física e mental estão fundamentadas no princípio da dignidade humana (PORTUGAL; REIS, 2004), uma vez que, sem essas condições, torna-se praticamente impossível desenvolver-se enquanto ser humano.

No caso do portador de transtorno mental, a integridade mental (e algumas vezes a física também) está comprometida, tornando a prática de atos ilícitos uma questão recorrente, principalmente nos casos associados à dependência de drogas. Compelidos pelo vício, os indivíduos furtam qualquer objeto de terceiros e de dentro de suas próprias casas para sustentarem o consumo de entorpecentes, colocando em risco sua vida e a de seus familiares.

Essas famílias, que geralmente precisam lidar com as necessidades impostas por sua baixa condição socioeconômica, ainda adquirem a carga do convívio e cuidado de seus membros portadores de transtornos mentais. Tal situação leva-as a buscarem abrigo no Poder Judiciário no sentido de restaurar a dignidade perdida de seus familiares e a tranquilidade da convivência cotidiana.

Assim, o Poder Judiciário justifica sua atuação na direção da prevenção de morte ou de incapacidade permanente de um ser humano, sendo a internação compulsória um meio para resgatar e garantir a dignidade humana, ao buscar recuperar a integridade física e mental da pessoa portadora de transtorno mental, relacionando-se diretamente à proteção da pessoa.

O princípio da reserva do possível, que trata da disponibilidade orçamentária que o estado ou município possuem para realizar seus serviços (PEREIRA, 2008), juntamente com a alusão às regras do orçamento e aos recursos escassos, foi empregado na tentativa de desvencilhar o Poder Público da obrigação de custear o tratamento à saúde requerido. De acordo com Kramer (2006), a Constituição de 1988 trouxe um mínimo existencial a ser garantido pelo Estado, que constitui um conjunto de direitos básicos imprescindíveis para uma vida com dignidade, tais como: saúde, alimentação, moradia, educação e segurança. Dessa forma, o direito à saúde faz parte do mínimo existencial indispensável à vida de uma pessoa e não pode ser abdicado sob a alegação da reserva do possível.

Entretanto, essa mesma forma de entender o direito à saúde sustenta sua ideia como norma de finalidade programática, uma vez que a implementação dos direitos sociais (no qual se inclui também a saúde) é gradual e contínua, pois não é possível, a curto prazo, melhorar sensivelmente as condições sociais e econômicas de países, sobretudo aqueles em desenvolvimento. A consolidação internacional do direito à saúde, principalmente o Pacto da ONU - Organização das Nações Unidas - sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, e o Protocolo de San Salvador, da Organização dos Estados Americanos, dos quais o Brasil é signatário, reforçam esse entendimento, ao estabelecerem o compromisso dos Estados partes em assegurar, de forma progressiva, o pleno exercício dos direitos reconhecidos nos referidos documentos (ORGANIZATION OF AMERICAN STATES, 1988) o que abre a possibilidade deste tipo de argumentação pelos Estados.

Essa questão é muito discutida na atualidade por diversos operadores do direito, sobretudo quando se considera a finitude de recursos do Estado e as diversas prioridades orçamentárias, mesmo dentro da área da saúde. Se, por um lado, uma decisão judicial pode

comprometer um orçamento municipal com desvios de recursos de uma área para aplicação em outra, acarretando consequente desequilíbrio nas finanças públicas, por outro, a simples argumentação da reserva do possível tem sido utilizada para justificar a má gestão das verbas públicas ou a escusa injustificada de cumprir o mandamento constitucional do direito à saúde. Por esse motivo, tal princípio não foi aceito pelos juízes prolatadores dos acórdãos analisados para legalizar a omissão dos municípios e da Fazenda Pública do Estado de São Paulo na implementação das políticas públicas de saúde.

Esses argumentos são pontos polêmicos que permeiam a questão da judicialização da saúde em diversos países como um direito social. Marshall (1967) diz-nos que os direitos sociais são tudo o que se relaciona com o bem-estar mínimo necessário para uma vida civilizada de acordo com os padrões da sociedade. Nussbaum (2000) afirma que a universalidade dos direitos sociais e econômicos está assentada na garantia de um conjunto mínimo de pré-requisitos para funcionamento humano, dentre os quais estão os determinantes sociais da saúde, como nutrição adequada, água tratada e moradia, entre os mais básicos. A garantia desses direitos pelo Estado depende do investimento de recursos públicos em diversas áreas, bem como da disponibilidade orçamentária dos cofres públicos.

Sobre esse dever do Estado, na proteção e na garantia dos direitos sociais, no qual se inclui o direito à saúde, Schrecker et al. (2010) explicam a oposição produzida pelas políticas econômicas contemporâneas na consolidação desses direitos, uma vez que se fundamentam na doutrina neoliberal, a qual pressupõe a mínima atuação do Estado. No contexto da globalização, notadamente os países em desenvolvimento buscam adequar-se às regras econômicas neoliberais, condição indispensável para a participação na economia mundial. Com efeito, a prestação social afasta-se do Estado em direção aos indivíduos e às famílias, legitimando a redução do Estado e a limitação dos direitos sociais. No entanto, a defesa dos direitos sociais exige a efetiva atuação do Estado.

Esse conflito acerca da identidade Estatal acaba ressoando nos Tribunais de Justiça, não só do Brasil, mas de diversos países, tendo em vista que a defesa dos direitos humanos, que incluem o direito à saúde, tornou-se uma questão inscrita na agenda internacional (HOGERZEIL et al., 2006; RUBARTH, 1999). Não obstante a defesa do direito à saúde, as decisões judiciais podem produzir consequências importantes para a orientação política mais ampla, com implicações políticas e orçamentais para o cumprimento dos programas dos governos. Seus efeitos irão depender de um complexo de fatores que envolvem não somente o

contexto legislativo, mas também a receptividade dos Tribunais, a história política da reivindicação dos direitos econômicos e sociais, e a mobilização da sociedade civil (SCHRECKER et al., 2010). Esses mesmos autores salientam que onde a judicialização dos direitos econômicos e sociais é estabelecida como uma questão de direito, os Tribunais podem hesitar em proferir decisões que acarretarão grande impacto governamental. Entretanto, peritos das Nações Unidas advertem que a crise financeira dos países não pode ser usada como justificativa dos governos para minimizar a obrigação dos Estados frente à consolidação dos direitos humanos, considerando ainda que a crise ressalta a importância do cumprimento dessas obrigações (UNITED NATIONS, 2008).

As justificativas baseadas nos princípios da separação dos poderes, da supremacia do interesse público e da igualdade também foram rejeitadas pelos acórdãos. O princípio da separação dos poderes assevera que as funções legislativa, executiva e judiciária devem ser independentes e harmônicas (BRASIL, 1988), exercidas por órgãos distintos, com a finalidade de assegurarem-se as liberdades civis, políticas e a segurança jurídica dos indivíduos, fundamentos outros de um Estado Democrático de Direito. De acordo com a Constituição, cabe ao Poder Executivo executar as políticas de saúde e definir as áreas nas quais serão aplicados os recursos públicos (BRASIL, 1988), não sendo permitido ao Poder Legislativo ou ao Poder Judiciário interferir nessa gestão orçamentária.

Ao impor à Fazenda Pública do Estado de São Paulo ou ao município a obrigação de custear a internação psiquiátrica no caso concreto levado à lide, na ausência de previsão orçamentária para tal demanda, a representação majoritária dos juízes é a de que não está o Poder Judiciário intervindo no Poder Executivo, uma vez que a saúde é um direito constitucionalmente tutelado, tendo como fundamento o princípio da dignidade humana. A imposição de uma obrigação que está definida constitucionalmente, como no caso da assistência à saúde, não pode ser considerada uma interferência de um poder no outro, tendo em vista que a norma existe e deve ter plena eficácia. O que o Poder Judiciário está fazendo, neste caso, é garantir o cumprimento do dispositivo constitucional. A questão problemática, mais uma vez, recai na falta de recursos disponíveis para a execução da obrigação.

A presente representação merece ser discutida do ponto da vista dos limites e das relações que se estabelecem entre esses poderes, uma vez que a positivação dos direitos sociais, como é o caso do direito à saúde, exerce grande influência sobre a atuação dos sistemas jurídico e político. Uma vez que estejam estatuídos, esses direitos passam a ser de

execução pelo sistema político e protegidos pelo sistema jurídico. Entretanto, a proteção aos direitos sociais difere da proteção aos direitos individuais, que estão na base do Estado Democrático de Direito e dos sistemas jurídicos modernos (CAMPILONGO, 2002).

Os direitos individuais requerem uma abstenção do Estado, ou seja, sua não interferência na vida da sociedade (a não ser como polícia visando à garantia da segurança pública e à moralidade), para sua efetivação. São exemplos desses direitos o direito à vida, o direito à liberdade, o direito à propriedade (BRASIL, 1988). Já, os direitos sociais exigem uma prestação positiva do Estado para serem atingidos, o que se dá por meio de políticas públicas. No caso do direito à saúde, sua garantia foi estatuída na Constituição Federal, explicitamente “mediante políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 1988), depreendendo-se que o Estado terá que atuar para cumprir o mandamento constitucional de assegurar o direito à saúde a toda a coletividade, racionalizando a prestação coletiva dos serviços de acordo com os recursos financeiros dos quais dispõe, criando condições materiais para o exercício desse direito (MARQUES; DALLARI, 2007). As políticas públicas têm, assim, a finalidade de dar concretude aos direitos sociais.

Tendo em conta que as necessidades são muitas, e os recursos escassos, são as políticas públicas de saúde importantes norteadores para a concretização do referido objetivo, tendo em vista que buscam direcionar os recursos numa perspectiva coletiva e distributiva, considerando as necessidades de saúde mais prevalentes na população, bem como visando a atingir o maior número de pessoas, sobretudo aquelas em maior estado de vulnerabilidade.

Ao ser reivindicada a prestação jurisdicional para a garantia de um direito social, surge o conflito entre os Poderes. Marques (2005) explica que esse conflito é causado pelo “purismo metodológico” do sistema jurídico, que se fecha a qualquer outro elemento que não seja proveniente do arcabouço legal que compõe sua estrutura jurídica. Assim, o Poder Judiciário, ao decidir sobre as questões de saúde, não se informa pelos elementos que constituem as políticas de saúde elaboradas pelo Poder Executivo (municípios, estados e União), mas tão somente pelas leis informadas pelo próprio direito.

Por esta razão, a mesma autora faz uma crítica severa à desconsideração das políticas públicas nas decisões judiciais que forcem a proteção dos direitos sociais nos mesmos moldes que os direitos individuais, visto tratarem de direitos que dependem de estímulos políticos diferentes e que, por isso, demandam tratamentos igualmente diferentes. Em consequência, torna-se o Poder Judiciário um decisor político, atuando fora de seus limites, interferindo,

assim, nas opções políticas definidas dentro de contextos legais, o que pode resultar em graves prejuízos na elaboração e na implementação de políticas públicas, e na manutenção da ordem democrática, uma vez que esta última pressupõe a separação dos poderes.

O princípio da supremacia do interesse público refere-se à superioridade que o interesse resultante do conjunto dos interesses dos indivíduos, na qualidade de membros de um corpo social, tem em relação ao interesse individual (MELLO, 2005). É o interesse do coletivo social. Foi intimamente relacionado ao princípio da igualdade, um dos mais problemáticos no direito, que encerra a máxima prevista no caput do artigo 5º da Constituição Federal: “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 [...]” (BRASIL, 1988). Os entes públicos argumentaram que o interesse de um indivíduo não poderia sobrepor-se ao interesse de toda a coletividade. Segundo essa concepção, os recursos devem ser empregados para beneficiar a coletividade e não apenas um indivíduo. Essa situação fica ainda mais dramática quando os recursos são insuficientes para atender às prioridades da coletividade. Porém, o interesse público não pode nem deve confundir-se com o interesse do Estado e do agente público.

A proteção, a promoção e a recuperação da saúde são de interesse público, mas não necessariamente acabam sendo traduzidas no interesse dos entes públicos e dos agentes públicos, sendo esse um dos grandes motivos para a judicialização dos bens de saúde. Ao negar a internação psiquiátrica indicada pelo médico assistente do cidadão, não é o interesse público que está sendo privilegiado, mas, sim, o interesse da Administração Pública, tendo em vista que a saúde é um bem de relevância social, indispensável para uma vida digna e no qual existe explícito interesse para o desenvolvimento humano e da sociedade.

A igualdade, defendida pelos entes públicos, refletiu-se na obrigatoriedade de conceder ao indivíduo necessitado da internação psiquiátrica o mesmo tratamento dispensado a qualquer outro cidadão, nas mesmas condições. Se não havia vagas ou recursos para custear o tratamento, o indivíduo necessitado deveria esperar igualmente como os outros que estivessem na mesma situação. Mas os juízes, na grande maioria dos casos, entenderam que não.

A igualdade presente na Constituição Federal incorpora, além do aspecto formal (proibição de discriminação na elaboração das leis), o aspecto material (a realização material desse princípio), o que permite tratar os desiguais de forma desigual, visando a corrigir as

diferenças, tendo em vista que tratar de forma igual os desiguais só reforçaria as desigualdades e tornaria inalcançável a igualdade real. Este último aspecto incorpora a ideia de equidade. Para a finalidade de dar concretude ao direito de igualdade entre as pessoas, é peremptório fazer a distinção entre as concepções de igualdade e equidade, não obstante esses conceitos se apresentem ambíguos e tautológicos na literatura nacional e na internacional.

Enquanto a igualdade é um direito fundamental, sob o qual se constroem as democracias modernas, “que não admite nenhuma discriminação, nem positiva nem negativa” (SCOREL, 2013, p.18), e pressupõe uma relação entre as pessoas na garantia de direitos como liberdade, propriedade e distribuição da riqueza (AZEVEDO, 2013), a equidade introduz o conceito de diferença como produto de iniquidades em sociedades injustas (promotoras de desigualdades econômicas e sociais) e busca, por meio da intervenção de agentes sociais, a correção das desigualdades e o alcance da justiça social (VIEIRA-DASILVA; ALMEIDA-FILHO, 2009). As iniquidades são consideradas como diferenças desnecessárias, evitáveis e indesejáveis, sendo, por isso, injustas (WHITEHEAD, 1992). Nem todas as diferenças em uma população podem ser consideradas iníquas, mas toda a diferença, relacionada às condições sociais, que pode ser reduzida, é uma iniquidade.

Dessa forma, a igualdade real só pode ser atingida se conjugada com a noção de equidade. O sentido da equidade é, portanto, neutralizar as diferenças injustas resultantes de determinantes biológicos, sociais, políticos e econômicos que colocam determinados grupos sociais em situações de vulnerabilidade e desvantagem injusta (uma vez que esta desvantagem é produzida pelas próprias relações sociais estabelecidas). Nesta perspectiva, vale lembrar a relevante lição de Santos (2006, p.462) de que “[...] temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza.” e, dessa forma, receber uma discriminação positiva, traduzidas por meio de uma assistência e resolução diferenciadas, segundo as necessidades identificadas. Nesse sentido, ao darem provimento aos recursos de internação, os juízes discriminaram positivamente as pessoas que estavam necessitadas desse tipo de tratamento, mesmo que outros indivíduos tenham tido seus pedidos de internação negados pelo ente público.

Outro argumento que chamou a atenção foi a alegação de a família do paciente não ser carente financeiramente, o que desobrigava o município de arcar com a internação. Essa concepção vem reforçar a falsa ideia de que o SUS é somente para os destituídos de renda. “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]” (BRASIL, 1988), estatui a Constituição,

conferindo a todos os cidadãos, independentemente de qualquer critério, renda, inclusive, o acesso aos bens de saúde. A diretriz de universalização do Sistema Único de Saúde consolida esse entendimento. Sendo assim, mesmo aqueles cidadãos que têm renda e que, inclusive, possuem planos de saúde, têm o direito ao atendimento pelo SUS, visto que esse atendimento é uma garantia constitucional.

Sobre esse ponto, é necessário tecer algumas críticas. Santos e Andrade (2009) ressaltam que o SUS é direito de todos os cidadãos, desde que esses cidadãos tenham feito a opção por este sistema, a qualquer tempo, o que inclui a submissão aos seus regramentos, uma vez que a integralidade do atendimento como princípio estruturante do SUS tem como um dos seus pressupostos que o paciente esteja em tratamento pelo SUS. Os autores apontam que, quando os beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar vão buscar no SUS a “complementação” de seu tratamento, com prescrições do setor privado, rompem com os princípios da integralidade da assistência e da igualdade frente àqueles que “acessam o SUS pela porta de entrada” (SANTOS; ANDRADE, 2009, p. 791) e, assim, corre-se o risco de esfacelar-se o Sistema Único de Saúde, transformando-o em complementar ao Sistema de Saúde Suplementar para os indivíduos que possuem planos de saúde.

Sestelo, Souza e Bahia (2013) batizam esse processo de complementaridade invertida, denunciando a posição de suporte do Sistema Único de Saúde aos serviços não cobertos pelos planos de saúde. Essa situação é fortemente evidenciada no caso das exclusões de cobertura da internação psiquiátrica em planos anteriores à Lei n. 9.656/1998 e mesmo nas restrições impostas por cláusula contratual e pelos normativos da ANS a 15/30 dias de internação na referida modalidade.

O sistema de saúde brasileiro é caracterizado pela cobertura duplicada de ações e serviços de saúde decorrente da inserção dos seguros privados de saúde que oferecem as mesmas ações e serviços já cobertos pelo Sistema Único de Saúde universal. Nesse sistema misto, é da iniciativa privada a maior oferta de hospitais e leitos do País, que é compartilhada entre o SUS e o Sistema de Saúde Suplementar. Apesar de o SUS contratar cerca de 65% dos leitos disponíveis em todo o País, esses mesmos leitos são contratados pelos planos de saúde também. O Sistema Suplementar disponibiliza uma oferta de serviços hospitalares, de média e de alta complexidade muito maior do que a do SUS. Dessa forma, configura-se uma desigualdade no acesso e na utilização dos serviços de saúde em favor dos beneficiários de planos de saúde e em detrimento de $\frac{3}{4}$ da população brasileira (SANTOS; UGÁ; PORTO,

2008). A duplicidade de serviços em saúde, além de responder por importantes desigualdades na saúde, está associada ao subfinanciamento da assistência pública e à redução na qualidade dos serviços públicos de saúde (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013). Não obstante esse cenário, deve-se ponderar que o direito à saúde no Brasil é universal, ou seja, é um direito inerente a todos os cidadãos brasileiros e que, dessa forma, esta concepção de complementaridade invertida pode ser falaciosa por mitigar a universalização de tal direito.

Em 2003, 4,20% (6.050 mil) das internações psiquiátricas realizadas pelo SUS foram de pessoas que possuíam planos de saúde, o que pode ser explicado pelas exclusões e restrições praticadas pelas operadoras de planos de saúde (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008). Na presente pesquisa, não foi possível identificar se as pessoas para as quais a internação estava sendo demandada para financiamento pelo ente público possuíam planos de saúde. No entanto, a hipótese mais provável é a de que não tinham, em virtude de a maioria das histórias descritas nos acórdãos remeter a uma baixa situação socioeconômica de suas famílias.

A internação compulsória é medida protetiva

A internação compulsória, como medida protetiva, que tem a finalidade de resguardar a saúde da pessoa portadora do transtorno mental e de terceiros que convivem com ela, foi a representação social mais presente nos discursos dos acórdãos analisados. Os juízes fundamentaram-se no amparo legal da referida medida, expressa na Lei n. 10.216/2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, no Decreto n. 24.559/1934, já revogado e que teve como finalidade “proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal” (BRASIL, 1934, p.1) e no Decreto-Lei n. 891/1938, que aprovou a Lei de fiscalização de entorpecentes e proibiu o tratamento domiciliar de toxicômanos (este último ainda em vigor).

A violência foi, sem dúvida, o argumento que mais justificou o pedido de internação da pessoa portadora de transtorno mental. O risco à integridade física da pessoa e a de terceiros é a principal consequência da violência e, por esse motivo, advém a busca pela internação compulsória, na tentativa de isolar a pessoa do meio em que convive e protegê-la, bem como a terceiros. Denotou-se do discurso coletivo dos juízes a preocupação com os atos danosos que possam vir a ser praticados pela pessoa. Por esse motivo, alguns juízes consideraram legítimo o interesse da mãe no pedido de internação do filho, levando em conta que, nesse caso, é a mãe a titular do direito, vez que pretende, também, proteger a própria vida.

Fundamentados, ainda, no perigo que essas pessoas representam para a sociedade e no comprometimento da capacidade de entendimento e da autodeterminação nos casos que envolvem transtornos mentais, consideraram os juízes a internação compulsória a medida mais apropriada e benéfica para a pessoa e para a sociedade, mesmo que vá de encontro ao direito de liberdade. Os juízes entenderam que o direito à saúde, em situações de urgência, é superior ao direito de liberdade e, por esse motivo, privar uma pessoa, com capacidade de autodeterminação prejudicada, de sua liberdade, não ofende o princípio da dignidade, pelo contrário, preserva-o.

A alegação de que a permanência junto à família é o melhor para a pessoa portadora de transtorno mental foi contestada em razão da “ausência de possibilidade de controle da pessoa”, justificada pela própria família. Segundo os argumentos apresentados pelos juízes, é necessário analisar a situação sob o ângulo familiar também, porque nem sempre a família terá condições de cuidar de um membro com transtornos mentais. Essa impossibilidade de prestar os cuidados adequados é devida a variados motivos, dentre os quais se podem citar: ocupação da maioria das pessoas da família no mundo moderno, que precisa trabalhar a maior parte do tempo para sustentar seus membros; desconhecimento ou pouca informação acerca do transtorno mental; despreparo para cuidar do membro familiar, sobretudo em situação de crise; diminuição da tolerância com o transtorno mental; dificuldades materiais do cotidiano, como custear medicamentos e roupas, preparar refeições, administrar cuidados de higiene e auxiliar no preenchimento do tempo livre do membro familiar; dificuldade em administrar os conflitos domésticos e sociais ocasionados pelo transtorno mental; esgotamento emocional pela expectativa frustrada de cura; isolamento social a que ficam sujeitos (ALBUQUERQUE; CINTRA; BANDEIRA, 2010; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; COLVERO; IDE; ROLIM, 2004; CUNHA, 1990) e, acrescente-se, ainda, a falta de desejo de cuidar de seus familiares portadores de transtornos mentais, tendo em vista que a presença de um indivíduo com transtorno mental requer cuidados que podem modificar profundamente a rotina familiar. Essas circunstâncias caracterizam a sobrecarga a que estão expostas as famílias que possuem membros acometidos por transtornos mentais.

Por outro lado, em virtude de constituir um custo significativo, muitas famílias não possuem condições de pagar um cuidador domiciliar para o portador de transtorno mental e, menos ainda, de arcar com os custos de uma internação em clínica ou hospital privado, buscando no SUS essa assistência. Assim, a cultura asilar segue sendo considerada pela população o recurso assistencial de mais fácil acesso (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004),

principalmente ao tomarmos em conta a carência de serviços extra-hospitalares, a interrupção dos tratamentos e a falta de manejo das situações de crise pelas famílias.

A crença popular na internação compulsória como tratamento rápido e eficaz para a recuperação do portador de transtorno mental, principalmente os dependentes químicos, aliada ao seu amparo legal, tem contribuído muito para as famílias procurarem essa medida. No entanto, algumas vezes, os familiares das pessoas portadoras de transtornos mentais não conseguem vislumbrar que a internação compulsória pode ser uma parte importante do tratamento, e não a panaceia de seu familiar; que após o período de internação, a família precisará assumir responsabilidades junto àquele membro; que precisará oferecer suporte para a continuidade do tratamento; que é essencial sua inserção em serviços comunitários abertos, como os CAPSs, e em redes comunitárias de apoio, como, por exemplo, narcóticos anônimos – NA, alcoólicos anônimos – AA, Amor-exigente, entre outros, que trabalham com estratégias próprias, de suporte à pessoa e à família.

Outras vezes, a família não quer esse membro, em razão das inúmeras dificuldades que passa a enfrentar com o transtorno mental e vê na internação compulsória a resolução do problema. Nota-se, então, a prevalência do estigma relacionado ao transtorno mental e a busca pela institucionalização da loucura. Essa representação estigmatizada do portador de transtorno mental como um indivíduo insano, destituído de razão, perigoso e que precisa ser recluso em instituições específicas para tratamento está ancorada tanto no imaginário social quanto no dos juízes, respondendo pela objetivação em ações que reforçam o preconceito e a exclusão social dessas pessoas.

Pode-se entender estigma como uma marca, visível ou não, que diferencia características do indivíduo das características consideradas normais. Em outras palavras, um estigma apresenta-se quando uma determinada identidade social de um indivíduo não preenche as exigências de indivíduos considerados normais. Dentre os tipos de estigma, destacam-se os de “culpas de caráter individual”, nos quais têm lugar os transtornos mentais, que assumem o contorno de “desvios” quando se afastam do conceito de normalidade. O estigma adquire um significado social profundamente depreciativo, que leva ao descrédito dos indivíduos que assumem a posição de estigmatizados (GOFFMAN, 1988). A tendência da relação entre o indivíduo considerado normal, para os padrões sociais, e o indivíduo desviante, estigmatizado pelo transtorno mental, é marcada pelo descrédito, pela desconfiança, pela discriminação e pela inferiorização em detrimento deste último. Como

consequência, os desvios produzem marcas negativas na identidade daqueles que os possuem e influenciam negativamente sobre as representações e sobre as ações da sociedade. No caso dos portadores de transtorno mental, modulam as interações sociais por meio de sanções e restrições impostas pelos valores conformadores dos padrões “convenientes” de se viver.

Sustenta Foucault (2006) a internação psiquiátrica como uma forma de restrição que, baseada no saber médico-psiquiátrico dos enunciados, teorias, instituições, posições e discursos sobre a loucura, exerce um poder disciplinar sobre os corpos dos sujeitos, cujo objetivo é a correção do “desvio” e a reinserção desses sujeitos “desviantes” na ordem familiar. O ato disciplinar é, então, convertido em ato terapêutico, e a psiquiatria toma para si o poder de tratar todo o “desvio” da normalidade, assumindo um *status* de protetora da sociedade e afirmando sua importância como ciência. Esse poder disciplinar, ou seja, de sujeição, de exercício da obediência, é característico das instituições da sociedade moderna e, no século XIX, tornou-se o último nível de contato entre o poder político e os corpos individuais, legitimado, no caso específico dos portadores de transtorno mental, não só pelos médicos, mas pela articulação entre muros, grades, enfermeiros, guardas e instituições, como a própria família, a Polícia e a Justiça.

Partindo desse contexto, proeminente no século XIX, e, ainda, muito presente na atualidade, Lima e Correia (2012) denunciam que a legislação brasileira ainda não assimilou os direitos assegurados constitucionalmente aos portadores de transtorno mental, reduzindo-os a um diagnóstico e solapando sua singularidade. Fundamentado no predomínio de instrumentos “normativos, disciplinares e científicos, coerentes com o velho estatuto epistemológico da ‘doença mental’” (LIMA; CORREIA, 2012, p. 151), o discurso jurídico ainda serve à lógica manicomial e por isso não promove com efetividade material os direitos dos portadores de transtorno mental, anulam as diferenças entre os sujeitos e reforçam a exclusão promovida pelas próprias famílias e pela sociedade.

O discurso dos juízes demonstrou o pouco valor conferido à modalidade de tratamento preferencial, consoante a legislação vigente. Por que, ao invés da decisão pela internação, não foi aventada a possibilidade do tratamento comunitário, mesmo involuntário? Em alguns países, como a Espanha, a jurisprudência sobre as internações por ordem judicial já começam a caminhar no sentido da substituição da internação determinada pelo juiz (que no ordenamento jurídico espanhol é denominada de internação não voluntária por razão de

transtorno psíquico) pelo tratamento ambulatorial involuntário (SALVATORI; VENTURA, 2013), visando a garantir níveis maiores de humanização no tratamento.

A questão da humanização do tratamento, considerada no sentido da preferência do tratamento ambulatorial em oposição ao asilar, conforme previsto em Lei, também foi levantada em alguns discursos judiciais; entretanto, com a ressalva de que para ser efetivo o tratamento ambulatorial, as condições da pessoa devem permiti-lo. A conclusão é a de que, se o estado da pessoa não permite seu tratamento em ambulatório, a pessoa deve ser internada. Mais uma vez, é o saber psiquiátrico que legitima a permissividade do tratamento ambulatorial ou a imposição da internação psiquiátrica.

Em algumas situações, os familiares da pessoa acometida pelo transtorno mental alegaram a desnecessidade do laudo médico indicativo de internação para a concessão da medida judicial. Todavia, como comprovar que a internação compulsória é a medida mais adequada para alguém que nem sequer passou por uma avaliação médica? Muitas famílias basearam seus fundamentos somente na descrição do comportamento de risco da pessoa. Mas a internação psiquiátrica, mesmo a compulsória, é um ato que demanda conhecimentos médicos, específicos da área psiquiátrica, em nosso atual contexto político-jurídico. Nesses casos, ficou claro que os familiares recorreram direto ao Poder Judiciário, o que pode ter sido consequência da recusa do indivíduo em ser avaliado por um médico, da recusa médica em internar um paciente que não apresentava indicação para internação ou mesmo em proceder a internação involuntária. Essas hipóteses foram frequentemente relatadas pelos juízes das varas de Fazenda Pública que compunham o COEXES de São Paulo (REUNIÃO DO COMITÊ EXECUTIVO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2012).

A controvérsia acerca das internações compulsórias também foi reconhecida, mas é justificada pela garantia constitucional ao Poder Judiciário de apreciar lesão ou ameaça ao direito (BRASIL, 1988), nesse caso, o direito à saúde. A questão principal é submeter alguém a um tratamento que não deseja. Mais uma vez, o prejuízo da capacidade de autodeterminação respalda a posição do Poder Judiciário no sentido de preservar o direito à saúde.

No tocante à medida de internação concomitante à interdição, houve o reconhecimento de que esta última nem sempre é necessária, uma vez que nem todas as pessoas portadoras de transtorno mental têm sua capacidade para os atos da vida civil (como casar-se, vender, comprar bens) prejudicada (ZARIAS, 2009). Esse foi o entendimento majoritário; entretanto,

houve casos em que os juízes consideraram a interdição necessária. A discussão sobre a necessidade da interdição recai, fundamentalmente, sobre a questão da capacidade civil.

Sobre a capacidade civil, pode-se entendê-la como a aptidão que o indivíduo tem de ser titular de direitos e de deveres (capacidade de direito) e como aptidão para exercê-los, por si só, na ordem civil (capacidade de fato ou de exercício), dependendo, portanto, da capacidade de discernimento entre o lícito e o ilícito (DINIZ, 2002). De acordo com o ordenamento pátrio, todos os indivíduos que nascem com vida possuem a capacidade de direito, ou seja, todos são sujeitos de direitos, porque essa é uma característica da personalidade jurídica, que se inicia com nascimento. Entretanto, a capacidade civil de exercício pode ser limitada para proteger o interesse pessoal e patrimonial dos indivíduos que não possuem a capacidade plena (capacidade de direito e a de exercício). A essa limitação, que pode ser absoluta ou relativa, dá-se o nome de incapacidade. O Código Civil brasileiro de 2002 define quem são os incapazes, bem como o grau de sua incapacidade. Dessa forma, os portadores de transtorno mental são considerados absolutamente incapazes, enquanto os dependentes químicos são relativamente incapazes. A interdição é a medida judicial que declara a incapacidade civil.

O artigo 1.777 do Código Civil estabelece que os portadores de transtorno mental interditados “serão recolhidos em estabelecimentos apropriados, quando não se adaptarem ao convívio doméstico” (BRASIL, 2002, p. 124). Sem adentrar em uma discussão ética e de flagrante descompasso do referido artigo com os ideais da reforma psiquiátrica, o que este dispositivo estatui é a necessidade da internação dos interditados, nas circunstâncias de inadaptabilidade social, e não o contrário, ou seja, a interdição dos internados. Além de não haver na legislação pátria determinação que imponha a interdição nos casos de necessidade de internação psiquiátrica, uma grande preocupação que surge é a utilização da interdição para justificar a internação, numa afronta aos direitos civis dos portadores de transtorno mental, visto que nem todas as pessoas que precisam, eventualmente, da medida de internação psiquiátrica em um momento de crise, por exemplo, necessitarão ser declaradas incapazes para o autogoverno da vida civil.

De fato, a determinação da capacidade é algo complexo que envolve a aferição das possibilidades individuais do sujeito. No momento da avaliação por um médico-perito, os comportamentos do suposto incapaz são trazidos ao conhecimento da justiça e, por meio da relação desses comportamentos com os padrões desviados da dita normalidade, caracteriza-se,

assim, o transtorno ou a doença mental e, conseqüentemente, a incapacidade (TSU, 1993). Portanto, na seara judicial, as diferenças não são assumidas como características singulares dos sujeitos e não há espaço para a subjetivação da experiência do existir. Essa dificuldade na compreensão e no acolhimento das diferenças constitutivas entre os seres humanos gera desigualdades de direitos, reforça o estigma inerente aos transtornos mentais e sua associação com a incapacidade permanente de administração da própria vida.

A maioria das pessoas portadoras de transtorno mental mantém a capacidade de tomar decisões importantes para a condução de suas vidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). Contudo, nos casos de transtornos graves, esta capacidade pode estar diminuída. Nessas circunstâncias, a interdição pode ser um mecanismo importante para a preservação dos direitos e do melhor interesse da pessoa. De acordo com a literatura, os quadros psiquiátricos mais frequentes em perícias judiciais, relacionadas a pedidos de interdição, são as doenças degenerativas do sistema nervoso central (Doença de Alzheimer e Doença de Parkinson), psicoses, oligofrenias, transtornos mentais decorrentes de acidente vascular cerebral – AVC e traumatismos cranioencefálicos (RIGONATTI; SERAFIM; BARROS, 2003). Apesar de a presente pesquisa não objetivar investigar a questão do fenômeno da interdição, foi possível observar que, dentre as situações de saúde identificadas, com exceção das psicoses, nenhuma das doenças referidas foi mencionada nos acórdãos.

A determinação da capacidade civil a partir dos critérios definidores de transtorno mental coloca-nos frente a uma questão que envolve duas instituições: a saúde e o direito. Zarias (2005) chama a atenção para o poder dos médicos na definição do que é normal ou patológico e do poder dos juízes na determinação do legal e do ilegal, e que, nos casos de interdição, por meio de suas disciplinas e discursos próprios, fabricam a definição de doença e de capacidade civil no âmbito do processo judicial. Sobre a influência do saber psiquiátrico na definição de doença e reconhecimento de incapacidade, Medeiros (2006) corrobora que a caracterização da doença é realizada, primeiramente, pelo médico-perito investido de autoridade oficial para determinar a existência, ou não, da doença.

Dessa forma, é o saber/poder médico que avaliará a existência de discernimento, o grau de capacidade e de incapacidade da pessoa. O posicionamento do juiz é, então, profundamente influenciado pelo saber psiquiátrico. É sob esta lógica, “da doença descrita, categorizada e atribuída ao sujeito por um profissional da área médica que a justiça dará o *veredictum* que definirá o papel que o sujeito passará a desempenhar na vida social”

(MEDEIROS, 2006, p.13). De igual forma, vem ocorrendo com a determinação da internação psiquiátrica. A posição de tribunais de vários países tem sido questionada, tendo em vista a proliferação de decisões na ausência do paciente, de seus representantes e testemunhas, levando em consideração tão somente o parecer médico, não se constituindo em um processo com análise independente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). Em um estudo sobre os internamentos não voluntários na Catalunha, Salvatori e Ventura (2013) apontam a concordância de 100% dos juízes com o posicionamento médico acerca da necessidade da internação por transtorno mental, sendo que, em muitos casos, não houve a audiência e o exame da pessoa afetada pela decisão.

No entanto, conforme salientado por vários juízes, a existência de um transtorno mental pode não ser suficiente para caracterizar a incapacidade para a gestão da vida civil. A mera existência de um transtorno mental, bem como a necessidade da internação em momentos de crise, não é suficiente para a interdição, sendo fundamental a caracterização do grau de discernimento da pessoa para os atos da vida civil ou a impossibilidade da expressão da vontade (MEDEIROS, 2006).

Nesse sentido, a seção que dispõe sobre a curatela no Código Civil de 2002 traz um grande avanço em relação ao Código Civil de 1916 ao eliminar a expressão “loucos de todo o gênero” (que “produzia” a incapacidade civil) e reescrever seu conteúdo enfocando que estão sujeitos à curatela os portadores de transtorno mental sem “o necessário discernimento para os atos da vida civil” (BRASIL, 2002, p. 124), o que além de contribuir para mitigar o estigma social da loucura, passa a exigir a determinação do grau de discernimento. Essa prova é imprescindível para a garantia dos direitos civis do interdito, tendo em vista que a interdição, tal como a internação compulsória, é uma medida que transita entre a necessária proteção e a iminente exclusão.

A internação compulsória é uma medida violenta

Por outro lado, a internação compulsória também foi representada como uma medida violenta, que priva a pessoa de sua liberdade e que, por esse motivo, deve ser a última alternativa assistencial. Os juízes que compartilharam desse discurso fundamentaram seu posicionamento no artigo 4º da Lei n. 10.216/2001, exigindo a comprovação de que os recursos extra-hospitalares se mostraram insuficientes para o tratamento da pessoa portadora de transtorno mental, de evidências de que a pessoa representava perigo real à sociedade e de que a família não possuía condições de cuidar dela. Nessas circunstâncias, a mãe não teve

legitimidade para pedir a internação do filho, visto que ele não desejava tratar-se. Ficou claro que, para esses juízes, essa é uma questão que deve ser tratada pela medicina e não pelo Poder Judiciário, que não deseja assumir o ônus de privar um indivíduo, que não responde a nenhum tipo de processo criminal, de sua liberdade.

A privação do convívio familiar, a ausência de provas processuais de que o indivíduo estava em risco e a inexistência da recusa de receber o tratamento medicamentoso foram outros argumentos contrários à internação, dessa vez, sustentado por uma minoria de familiares. De fato, a internação promove não só o afastamento da família, mas o isolamento social e, por esse motivo, deve ser evitada. Há muitas pesquisas que denunciam como a internação psiquiátrica, historicamente, foi usada como meio de exclusão social dos portadores de transtornos mentais pelas famílias e pela própria sociedade (CASTEL, 1978; CUNHA, 1990; MACHADO, 1978; RESENDE, 1987). Não só o apoio do saber psiquiátrico do século XIX, mas a sobrecarga física e emocional das famílias contribuíram para tornar o hospital psiquiátrico o lugar privilegiado para o tratamento dos transtornos mentais.

A história da assistência à pessoa portadora de transtorno mental mostra que suas famílias vêm alternando entre posições de retirada voluntária, exclusão estimulada e participação responsável. Até a década de 1940, a família era considerada “nociva” ao tratamento do portador de transtorno mental, uma vez que a psiquiatria lhe atribuía as falhas na educação dispensada e a forma desregrada de viver, sendo a família a culpada do mal moral apresentado pelo indivíduo afetado pelo transtorno. Somente a partir da década de 40 a família tornou-se alvo de investigação científica, devido às críticas ao tratamento asilar e ao surgimento de novas teorias que explicavam a doença mental (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Com os movimentos de reformas psiquiátricas (no Brasil, no final da década de 1970) e sob o paradigma da desinstitucionalização, a família passa a ocupar papel central na assistência ao portador de transtorno mental, protagonizando-se sua participação e responsabilização no projeto terapêutico. Entretanto, a sobrecarga física, social, financeira e emocional a que estão expostos os membros da família do portador de transtorno mental, tornam difícil a consolidação de modelo assistencial pautado pelas noções de território, inserção comunitária e cidadania. Mello e Schneider (2011) apontam que a influência do modelo asilar, a insuficiência de serviços extra-hospitalares, a falta de suporte social, as dificuldades na convivência do cotidiano, o despreparo para lidar com situações de crise e a

descontinuidade do tratamento levam as famílias a buscarem a internação devido à presença de riscos à própria pessoa e a terceiros.

Esse problema de o juiz ter de decidir sobre questões de assistência psiquiátrica, área que demanda conhecimentos específicos que não fazem parte da formação do magistrado, foi amplamente discutido pelos juízes integrantes do COEXES, chegando-se à conclusão de que existe um perigo de tomarem-se decisões erradas, que podem acarretar graves prejuízos às partes interessadas (REUNIÃO DO COMITÊ EXECUTIVO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011). Ao mesmo tempo, essa discussão, presente também nos discursos judiciais, demonstra um alinhamento de uma parcela de juízes aos ideais da reforma psiquiátrica, primando pela reabilitação social e pela desospitalização da pessoa portadora de transtorno mental, o que é um passo bastante significativo para a reinserção desses indivíduos na sociedade. Isso demonstra a necessidade imprescindível do diálogo entre as áreas e da busca real da intersetorialidade entre a saúde e o direito. Considerando-se a urgência do intercâmbio e da cooperação entre essas duas áreas e os resultados desse estudo que demonstram o protagonismo da dependência de álcool e de drogas nos pedidos de internação compulsória, vale trazer à discussão a atual política empregada para o combate do uso do crack e de outras drogas em expressivos estados brasileiros.

Recentemente, os estados do Rio de Janeiro e de São Paulo vêm priorizando a internação compulsória como medida para o tratamento de dependentes químicos em situação de rua. Em janeiro de 2013, o Governo do Estado de São Paulo, o Tribunal de Justiça de São Paulo, o Ministério Público Estadual de São Paulo e a Ordem dos Advogados do Brasil da seccional de São Paulo assinaram um termo de cooperação técnica com a finalidade de tornar mais célere a internação compulsória, por meio da presença dos profissionais representantes dessas entidades, em regime de plantão, no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras drogas (CRATOD), localizado na região conhecida como “Cracolândia”, na capital paulista. Tal parceria entre Poder Executivo e Poder Judiciário é inédita no Brasil, estando, aparentemente, fundamentada na salvaguarda das pessoas que não possuem recursos e que perderam totalmente os laços familiares, e na obrigação do estado de São Paulo em tirar as pessoas do abandono (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013). Para as autoridades públicas idealizadoras da cooperação, a presença do Poder Judiciário aumenta a garantia dos direitos dos dependentes químicos.

A política de internação compulsória divide o posicionamento de teóricos da saúde e do direito. Sob o olhar da saúde, a ênfase atual dispensada para a internação compulsória é uma medida higienista, mascarada sob a nuance do tratamento e da cura, uma vez que os dependentes químicos, sobretudo os usuários de crack, perambulam pelas ruas da cidade, poluindo a paisagem urbana com a degradação humana de que são vítimas. Os roubos e furtos que praticam para sustentar o vício também justificam uma política de “limpeza urbana”. Para uma corrente proeminente na disciplina da saúde, a internação compulsória ou involuntária de dependentes químicos não é a medida adequada para a resolução do problema do uso e abuso de drogas, uma vez que a experiência clínica indica que essas pessoas não são “bons candidatos” para admissão e tratamentos involuntários (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p.29). O abuso de drogas tem determinantes multifatoriais que não são eliminados somente pela desintoxicação, motivação da internação involuntária ou compulsória.

Entretanto, para a disciplina do direito, os direitos da sociedade sobrepõem-se aos direitos individuais, como exigência *sine qua non* para a vida social harmônica. O direito à vida, ao qual o direito à saúde é intrínseco, é superior ao direito à liberdade (pois sem vida não pode haver liberdade). A internação psiquiátrica representa a última alternativa para o tratamento da dependência química. Constitui um meio para a defesa da vida, a qual é uma obrigação do Estado. O ser humano, por sua vez, é a razão da existência do Estado. Dessa forma, o Estado existe para auxiliar o desenvolvimento do potencial humano. É um meio criado pelo ser humano e utilizado por este para sua realização (MARTINS, 1998). Baseado nessa lógica, é pensamento predominante na esfera do direito que, ao determinar uma internação compulsória, o juiz, que atua em nome do Estado, não está invadindo a seara médica, nem privando ninguém de sua liberdade sem o devido processo legal, nem contribuindo para políticas higienistas, mas, sim, atuando no sentido de garantir os princípios constitucionais fundamentais do direito à saúde, à vida e à paz social (SBANO, 2011). Os resultados apresentados nesta tese comprovam essa representação social expressa pelo Poder Judiciário do Estado de São Paulo.

A ênfase na internação compulsória como medida primeira para o tratamento da dependência química assume a característica de uma resposta imediatista a um problema crônico que exige soluções heterogêneas, compartilhadas entre os dependentes químicos, suas famílias, os serviços de saúde, o Estado e a sociedade. Parece estar muito relacionada a políticas eleitoreiras, de grande impacto na mídia, principalmente em um momento em que

uma das principais cidades do País ganha visibilidade mundial em razão de importantes eventos, como a Copa do mundo, que sediará.

Com os movimentos de reforma psiquiátrica, o Brasil vem buscando a desinstitucionalização da assistência à saúde mental, por meio da substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede aberta de atenção à saúde mental e da capilarização dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais e CAPSs, com funcionamento diuturno, acessível e disponível no território onde estiver o paciente, pois dessa forma, será mais fácil tratar a crise onde esta ocorrer (PITTA, 2011).

O tratamento aberto, comunitário, para portadores de transtornos mentais, relacionados ou não ao uso de drogas, tem demonstrado evidências de níveis de efetividade maiores do que o tratamento asilar tradicionalmente utilizado (GOLDEBERG, 1994; SURJUS; CAMPOS, 2011; TENÓRIO, 2002). O emprego da internação psiquiátrica como medida central no tratamento aos transtornos mentais, além de contrário às evidências científicas de efetividade, seria um retrocesso e uma violação dos direitos humanos.

A Organização Mundial da Saúde considera inadequada a internação compulsória como estratégia central para o tratamento da dependência química, asseverando que é uma medida extrema a ser utilizada somente em situações de crise nas quais existam alto risco para o paciente e para terceiros. Deve ser realizada em condições e com duração especificada em Lei, ter curta duração e respeitar a dignidade do paciente, o que inclui o respeito a sua autonomia e aos demais direitos humanos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A internação psiquiátrica afasta a pessoa do uso de drogas durante o período da internação, sobretudo quando há uma motivação da própria pessoa. Porém, quando ocorrer a desinternação, o que acontecerá? Quem cuidará dessas pessoas, sobretudo das que não têm o apoio familiar? Se a alta hospitalar não for acompanhada de um planejamento terapêutico, que considere essas questões e a inserção dessas pessoas em serviços comunitários para a assistência social e à saúde, muito pouco valor terá a internação na recuperação do dependente químico. Por esse motivo é que a internação não pode ser o pilar da terapêutica.

A questão do uso das drogas nas ruas, ou fora delas, remete mais a um problema social do que de saúde. A falta de políticas públicas sociais eficazes que garantam um mínimo existencial para essas pessoas responde, em grande parte, por este problema. É preciso que se garantam a essas pessoas esquecidas e excluídas da sociedade condições elementares de uma

existência humana digna, como moradia, educação, trabalho, renda, cuidado social das famílias, oportunidades de inserção em seus espaços de convivência que auxiliem essas pessoas a enfrentarem a complexidade inerente aos transtornos causados pelo uso de drogas.

Entretanto, é imperioso, também, uma política para as famílias, que resgate seus valores fundamentais, como o cuidado, o amor e o respeito, uma vez que muitas pessoas que estão nas ruas perderam completamente os vínculos familiares, tornando-se suscetíveis ao uso da droga. As famílias precisam ser esclarecidas e implicadas no processo de reabilitação psicossocial do dependente químico.

A demanda por internações psiquiátricas desnecessárias poderá trazer consequências perversas para a assistência em saúde mental no Brasil. De um lado, poderá produzir um círculo muito bem conhecido: o da internação – alta – reinternação, caso não haja um investimento efetivo na rede de atenção extra-hospitalar. Por outro, poderá aumentar a demanda por leitos psiquiátricos, estimulando seu crescimento, principalmente na rede privada de saúde (já que a política de saúde mental, conforme estabelecida, barraria a abertura de leitos públicos), por meio do credenciamento desses leitos. O resultado nocivo seria o retorno à “privatização” da assistência hospitalar psiquiátrica em detrimento do financiamento dos serviços públicos substitutivos. Outrossim, não tardará o aumento progressivo da judicialização da internação psiquiátrica, considerando a escassez de convênios e a reivindicação, cada vez maior, pelo direito à saúde no âmbito do Poder Judiciário.

Além de tudo, a internação compulsória (ou não compulsória) traz sempre o risco associado da violação à dignidade do paciente, por mais que se combata o preconceito, o estigma, à discriminação e se lute pelo respeito, pela autonomia e pela autodeterminação dos pacientes submetidos a essa modalidade de tratamento. Por isso deve ser exceção e não regra.

O artigo 5º, inciso II, da Constituição Federal (BRASIL, 1988), dispõe que “ninguém poderá ser obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei”. Dessa forma, a privação da liberdade injustificada afronta o princípio da legalidade e viola o direito à liberdade. Não se pode ferir o direito de ir e vir e as garantias individuais em nome de uma ação de saúde supostamente beneficente ou do apelo familiar e popular. A internação tem indicações objetivas: crise, risco de morte para si ou para terceiros e impossibilidade de tratamento em regime ambulatorial. Será que todas as pessoas judicialmente internadas, no âmbito dos acórdãos analisados, apresentavam essas condições?

Os portadores de transtorno mental foram preteridos em sua condição de seres humanos. A Lei n.10.216/2001 busca, antes, garantir direitos de cidadania do que internar. Ainda, quando esta internação se fizer necessária, deverá ocorrer em estabelecimentos que garantam a segurança e um tratamento digno ao paciente, com um mínimo de duração e o retorno tão breve quanto possível à convivência comunitária, uma vez que a internação é um meio e não um fim em si mesma.

No caso específico do combate às drogas, a prevenção, o acompanhamento clínico e social, e a reinserção na sociedade são as melhores estratégias de enfrentamento (BRASIL, 2004). A problemática do uso de drogas, bem como a questão da saúde mental exigem um enfoque político amplo, traduzido em diversas ações sociais, dentre as quais as ações de saúde fazem parte. Ações isoladas e circunstanciais não conseguirão mais do que abafar um problema que urge por medidas realmente efetivas, nas quais se colocam a (in)suficiência dos recursos e dos equipamentos extra-hospitalares.

O problema da insuficiência de recursos é bastante delicado. A Lei n. 10.216/2001 não define o que é a insuficiência. Em geral, essa insuficiência é caracterizada quando não se atingem os resultados esperados no tratamento. Entretanto, uma pessoa que não conseguiu acessar o tratamento prestado pelos CAPSs ou que se recusou a tratar-se a nível ambulatorial também é enquadrada nesta mesma situação. Se a pessoa nem sequer tentou, ou conseguiu acessar, o tratamento, como é possível dizer que os recursos extra-hospitalares são insuficientes? Essa situação apareceu em 25% dos acórdãos, o que é um número significativo, considerando que a internação deve ser sempre a última escolha assistencial e não a primeira.

Além das dificuldades de acesso aos serviços extra-hospitalares, que podem ser de ordem geográfica, social, econômica e cultural, é necessário trazer à discussão a questão da insuficiência quantitativa desses equipamentos na rede pública de saúde. O fechamento dos leitos hospitalares não foi acompanhado da disponibilidade proporcional, em termos quanti e qualitativos, de CAPSs e serviços de saúde mental comunitários na rede de atenção psicossocial. Aproximadamente 6% da população brasileira sofre com transtornos mentais (BRASIL, 2011a), o que equivale a mais de 11 milhões de pessoas necessitadas de assistência à saúde mental. Conta-se, ainda, o quantitativo de pessoas institucionalizadas, que só no estado de São Paulo, representa 6.349 pessoas, das quais 65% encontram-se nessas instituições há mais de 10 anos (BARROS; BICHAFF, 2008). Para proporcionar tratamento, promover e fortalecer os processos de desospitalização e desinstitucionalização, bem como

ofertar cobertura a toda a população brasileira, muitos desafios precisam ser superados pela atual política de saúde mental, a começar pela ampliação da rede substitutiva.

A rede de atenção psicossocial do País, até 2011, cobria 72% da população, por meio de seus variados equipamentos. São 1.742 CAPSs, 625 serviços residenciais terapêuticos, 3.961 beneficiários do programa de Volta para Casa, 92 consultórios na rua e 640 projetos de inclusão social pelo trabalho (BRASIL, 2012). Dentre os CAPSs que funcionam 24 horas e os específicos para o atendimento de crianças, adolescentes, álcool e drogas, os dados oficiais demonstram um tímido crescimento. Mesmo que as informações do Ministério da Saúde apontem como parâmetro muito bom de cobertura, 1 CAPS para cada 100.000 habitantes e que 12 estados apresentaram cobertura acima da média nacional (BRASIL, 2012), um estudo que analisou o papel de 24 estados na condução das políticas de saúde mental revela que quase a totalidade dos estados entrevistados destacaram a necessidade da criação de novos CAPSs, principalmente aqueles destinados ao atendimento de 24 horas (SIMON; BAPTISTA, 2011). Considerando a importância do papel dos estados no fortalecimento da descentralização das ações e serviços de saúde, tal constatação remete à hipótese do descompasso entre os parâmetros utilizados pelo Ministério da Saúde e os estados, assim como a falta de uma articulação entre os respectivos entes federados na gestão da política da saúde mental.

Paralelamente à expansão da rede extra-hospitalar, vêm ocorrendo a redução de leitos hospitalares e a mudança do perfil de hospitais psiquiátricos de maior para menor porte. Em 2002, o SUS contava com 51.393 leitos hospitalares. Em 2011, esse número decresceu para 32.284, tendo destaque a prevalência de hospitais de menor porte (considerado hospital com até 160 leitos). Nesse mesmo ano, computou-se a habilitação de 3.910 leitos psiquiátricos em hospitais gerais, o que se pode considerar como um valor baixo, aquém das necessidades quando o comparamos com o quantitativo de leitos em hospitais psiquiátricos.

Os investimentos federais em saúde mental somaram 2,51% dos gastos totais em saúde, equivalendo à metade do recomendado pela Organização Mundial da Saúde para investimento nessa área (BARROS; SALLES, 2011; BRASIL, 2011c). Contudo, desde o ano de 2006, os gastos com a assistência extra-hospitalar superaram os gastos com a assistência hospitalar, crescendo a uma taxa média de 3% ao ano, alcançando, em 2011, o patamar de 71,20% dos gastos totais em saúde relativos ao programa de saúde mental, o que representa

um significativo avanço na consolidação da política de atenção à saúde mental baseada nos ideais dos movimentos de reforma.

Na perspectiva de desospitalizar, evitar internações e reinternações, não só a ampliação da rede extra-hospitalar faz-se necessária, mas também uma coordenação mais efetiva da atenção à saúde mental, o aumento do financiamento nessa área, a ampliação do quadro de profissionais de saúde mental e sua capacitação adequada, cósioante as diretrizes do modelo assistencial a consolidar-se. Cingidas nesse escopo, dentre as maiores dificuldades enfrentadas pelos estados brasileiros, estão: número de serviços extra-hospitalares menor do que a demanda, instalações precárias dos equipamentos de saúde mental, dificuldades dos CAPSs em constituírem-se como serviços de atendimento à crise (decorrente da baixa capacitação profissional nesse tipo de ocorrência), “seleção” de clientela para atendimento feito nos CAPSs (encaminhando os casos de crise para as emergências), insuficiência de equipes nos CAPSs (tendo em vista que a maioria dos dispositivos conta apenas com a equipe mínima), a resistência da atenção básica em prestar atendimento em saúde mental, a falta de leitos de emergência psiquiátrica de curta duração em hospitais gerais, dificuldade na contratação de psiquiatras, grande rodízio de profissionais sem vínculo empregatício, a forte influência das entidades médicas contrárias à reforma, falta de planejamento de orçamento mínimo para financiamento das ações de saúde mental e falta de definição de critérios para transferências de recursos aos municípios (SIMON; BAPTISTA, 2011). Esses impasses retardam a mudança do modelo assistencial, refletindo-se numa tendência à internação.

Outra ocorrência bastante comum que responde pela insuficiência dos recursos extra-hospitalares é a falta de adesão ao tratamento, decorrente de inúmeros fatores, dentre eles: ineficácia das estratégias empregadas no plano terapêutico da pessoa; inexistência ou insuficiência de redes sociais de suporte para o fortalecimento e o acompanhamento do tratamento; falta de apoio familiar e, inclusive, fraco desejo da própria pessoa em recuperar-se (OLSCHOWSHY et al., 2009; ORNELAS et al., 2005), falta de informação sobre a doença e medicamentos utilizados, reações adversas causadas pelos medicamentos e a dificuldade de acesso aos medicamentos (SOUZA et al., 2011). Enquanto esses problemas não forem superados, a adesão ao tratamento manter-se-á comprometida.

Cabe ainda ressaltar que, na perspectiva da internação como medida violenta, a interdição foi considerada um pré-requisito, uma vez que sem ela não seria possível privar o paciente de sua liberdade. A interdição seria necessária para atestar que a pessoa não possuía

capacidade para autogovernar-se e, nesse contexto, para decidir sobre o melhor tratamento para si. Conforme analisado, por ser uma questão que interfere diretamente na capacidade, na autonomia do indivíduo e em seus direitos de liberdade, sua necessidade deve ser avaliada por perito e examinada com bastante cautela pelo juiz responsável.

A necessidade da internação foi comprovada

A comprovação da necessidade da internação foi a segunda representação social mais frequente nos discursos dos juízes. Os artigos 4º e 6º da Lei n. 10.216/2001 foram muito utilizados para fundamentar esse posicionamento. A crença dos juízes que compartilharam dessa representação foi a de que os recursos extra-hospitalares falharam e, por esse motivo, a internação psiquiátrica fazia-se necessária, sobretudo porque havia relatório médico no processo atestando a doença e indicando a internação. Várias são as hipóteses que justificam a falha dos recursos extra-hospitalares, já discutidas amplamente neste capítulo, o que torna evidente a necessidade da realização de melhorias na estrutura e na qualidade do atendimento em saúde mental, como, por exemplo, ambiente físico adequado, profissionais capacitados e em número suficiente, e disponibilidade de tempo para o atendimento das demandas individuais (OLSCHOWSKY et al., 2009).

A recusa da pessoa em tratar-se ambulatorialmente pode estar assentada no estigma inerente aos transtornos mentais, principalmente àqueles relacionados ao uso de drogas, no receio de ser vítima de preconceito pelos profissionais que prestarão atendimento e, inclusive, pela crença de que os serviços ambulatoriais não contribuem para a recuperação da saúde, tendo em vista prévias experiências negativas que caracterizaram o cuidado recebido como desumano e sem qualidade (CHAMMA; FORCELLA, 2001). Assim, para alguns juízes, não resta outra alternativa senão a internação compulsória, cujo pedido, em situações de emergência, poderia ser realizado mesmo na ausência de laudo médico, uma vez que a situação de risco para o paciente e para terceiros justificaria a demanda e a procedência judiciais.

A necessidade da internação não restou comprovada

No entanto, entendimento diametralmente oposto é o de uma parcela menor de juízes que, fundamentados nos mesmos preceitos legais da Lei n. 10.216/2001, conferem grande valor à avaliação e à autorização médicas para a internação, bem como a presença de provas inequívocas da necessidade dessa medida, uma vez que ela vulnera o princípio da liberdade.

Pelo princípio da liberdade individual, entende-se a realização das próprias escolhas individuais, sem qualquer interferência (MORAES, 2003). A internação compulsória viola diretamente esse princípio ao se sobrepor à vontade individual da pessoa portadora de transtorno mental. Se o indivíduo não representa riscos a si e à sociedade, não há por que interná-lo, porque a internação visa ao benefício do indivíduo, e não ao proveito da família ou ao de seu curador. No entanto, conforme discutido anteriormente, é sabido que muitas famílias, em virtude da sobrecarga a que estão expostas, não conseguem dispensar de forma adequada os cuidados necessários ao portador de transtorno mental e buscam na justiça a internação de seus familiares, na tentativa de resolver esse problema.

A decisão pela internação compulsória sem o estabelecimento de critérios para a reavaliação da adequação da medida foi entendida por um familiar como uma ofensa ao princípio de vedação da pena perpétua. O artigo 5º, inciso LIV, da Constituição Federal, assegura que não haverá pena de caráter perpétuo no País (BRASIL, 1988). Se o juiz não estabelecer um período para a revisão do caso, pode ocorrer de a pessoa ficar internada por um período maior do que o necessário, uma vez que, nos casos de internação compulsória, é muito comum que os médicos assistentes deixem a alta a critério do juiz. Foi possível observar que, em quase todos os acórdãos analisados, não havia o estabelecimento de qualquer prazo para a reavaliação da continuidade da internação ou a ordem de comunicação ao Poder Judiciário sobre a alta do paciente, quando esta ocorresse.

Não é impossível admitir-se que as pessoas internadas pela via judicial fiquem longos períodos além do necessário, ou mesmo “para sempre”, nos hospitais psiquiátricos, apesar do atual paradigma norteador da assistência psiquiátrica estatuído pela Lei n. 10.216/2001, do qual se depreende que a duração da internação não deve ser eterna, mas circunscrita ao período de crise. Um passado recente e ainda os dias atuais registram muitos casos de violação e abuso dos direitos dos portadores de transtorno mental cometidos por profissionais de saúde, por membros da comunidade e, inclusive, por autoridades públicas, dentro de hospitais psiquiátricos. Maus tratos, abuso sexual e físico, trabalho forçado, abandono, tortura, privação da assistência à saúde, manutenção em ambientes sujos e degradantes, submissão a tratamentos desumanos estão dentre os mais relatados na literatura nacional e internacional. Nesse contexto, muitas pessoas foram e ainda são privadas de sua liberdade por longos períodos sem processo legal, ou mesmo com processo legal que não prevê o prazo ou a revisão da internação, ficando para o resto de suas vidas detidas em instituições psiquiátricas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

A privação injusta da liberdade de pessoas portadoras de transtorno mental é uma afronta tão grave aos direitos humanos que inspirou a elaboração do artigo 17 dos Princípios para a Proteção dos Enfermos Mentais da Organização das Nações Unidas, dispondo sobre a necessidade da constituição de órgãos ou juntas de revisão, cuja finalidade principal é a revisão das internações de base involuntária. O referido princípio prescreve a indispensável periodicidade para a revisão dos casos de internação involuntária (UNITED NATIONS, 1991). Não obstante o Brasil venha empenhando-se no estabelecimento e no cumprimento dos dispositivos internacionais de proteção e de melhoramento da atenção em saúde mental, a Lei 10.216/2001 não prevê esse órgão de revisão. Sua constituição seria importante para garantir e preservar os direitos humanos dos pacientes internados, bem como avaliar a necessidade da continuidade das internações em curso. A legislação nacional também não especifica intervalos para o reexame periódico das internações. A criação de um órgão como esse, com características semijudiciais, com poder de decidir pela alta do paciente ou pela manutenção de sua internação, asseguraria que os pacientes não fossem mantidos internados além do tempo indispensável para seu tratamento. Entretanto, sua constituição em países em desenvolvimento, como o Brasil, representa um grande desafio.

Nas decisões judiciais analisadas, não foi mencionada pelos juízes, ou mesmo manifestada nos acórdãos, a preocupação nem com as condições do estabelecimento onde o portador de transtorno mental seria internado nem com a realização da internação em leitos psiquiátricos de hospital geral. A Declaração de Caracas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1990), adotada pelo Brasil como uma referência para a reforma psiquiátrica, desloca o eixo da assistência em saúde mental para os serviços comunitários de saúde e as internações psiquiátricas para leitos de hospitais gerais. A referida declaração ainda aponta a importância do apoio do Poder Judiciário para o êxito da reestruturação da assistência psiquiátrica. Dessa forma, as constatações realizadas podem sugerir que os juízes, quando decidem pela internação, não estão atentando para aspectos prioritários da política de saúde mental, como a garantia de um ambiente de internação sem as características de asilo, seguro e, de preferência, em hospitais gerais e, assim, não contribuem efetivamente para o desenvolvimento e consolidação da reforma psiquiátrica. Não foi identificada qualquer avaliação nesse sentido.

A ausência da realização de exames periciais ou mesmo a suspeita de incorreção na realização desses exames é outro ponto que merece destaque. Se não houver prévia avaliação médica da pessoa afetada pela decisão de internação, não há como se definir a necessidade da

medida. Essa ocorrência chama a atenção para internações psiquiátricas arbitrárias, baseadas no relato dos familiares e que não se prestam a buscar o melhor tratamento para a pessoa portadora de transtorno mental. Nos países europeus, nos Estados Unidos e Canadá, há toda uma instrumentalização das internações com a descrição dos ritos e procedimentos judiciais obrigatórios, visando, justamente, a garantir a máxima segurança do processo judicial e mitigar as situações arbitrárias (VENTURA, 2011). Em países como a Espanha, Portugal, África do Sul e Estados Unidos, por exemplo, o texto constitucional eliminou expressamente a modalidade de internação involuntária, não tendo apenas em vista os inúmeros abusos cometidos em um passado não tão distante, mas, acima de tudo, em dar eficácia ao direito fundamental à dignidade que todo ser humano possui, independentemente de sua condição física ou mental (PINHEIRO, 2012).

Diante da análise das argumentações apresentadas, pode-se concluir que a internação psiquiátrica reclamada em juízo foi a compulsória. Na maioria das situações analisadas, os familiares das pessoas acometidas pelos transtornos mentais não conseguiram lidar com a problemática do transtorno mental, fundamentalmente relacionado ao uso de drogas, em razão da violência, do risco para integridade da própria pessoa e da sociedade, requerendo, por intermédio da Justiça, o direito à saúde, por meio da internação para a recuperação de seu parente. O Poder Público, na figura dos municípios e da Fazenda Pública do Estado de São Paulo, tentou, infrutiferamente, embasado em princípios do direito público, esquivar-se do cumprimento de suas obrigações no tocante ao direito à saúde, no caso, à garantia da internação psiquiátrica necessária dos cidadãos representados em juízo. Os juízes, por seu turno, reconheceram a internação compulsória como uma responsabilidade dos três entes da federação e assumiram duas posições distintas. Para eles, a internação representou tanto uma medida de proteção para o resgate da dignidade do portador de transtorno mental (posição predominante) quanto uma medida de violência, última alternativa assistencial, uma vez que ofende a dignidade por privar o paciente de sua liberdade e do convívio social.

6.2 As internações psiquiátricas por via judicial no Sistema de Saúde Suplementar

Na distribuição espacial dos conflitos, foi possível observar que praticamente a metade das ações foi ajuizada no foro da comarca de São Paulo, o que pode indicar que esta seja a cidade mais problemática implicada na temática investigada. Corroborar essa hipótese o fato de que São Paulo é a cidade com maior número de beneficiários de planos de saúde no Brasil,

somando, em dezembro de 2012, 5.736.597 de beneficiários da segmentação hospitalar (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012a), e que conta também com o maior número de leitos psiquiátricos (DISTRIBUIÇÃO [...], 2010). Em virtude do forte desenvolvimento econômico-industrial de que foi alvo o estado de São Paulo, impulsionado pela instalação das montadoras transnacionais da indústria automobilística, é nessa região que surgem as primeiras operadoras de planos de saúde e um grande parque industrial da saúde no final da década de 1950, com a finalidade de vender assistência médica às empresas empregadoras e, dessa forma, recuperar a mão de obra adoecida, mantendo o desenvolvimento do sistema capitalista (VILARINHO, 2003). Desde aquele período, o Sistema de Saúde Suplementar experimentou um grande aumento no País, cobrindo, atualmente, 25% da população brasileira. O estado de São Paulo, por razões históricas que lhe justificam a segunda maior renda *per capita* do Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012) e, conseqüentemente, maior possibilidade de consumo da medicina privada, responde por 18.261.835 de beneficiários de planos de saúde, o que corresponde a 43,6% da população residente no referido estado (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012a).

Quanto à distribuição temporal, verificou-se o mesmo que com as demandas oriundas do Sistema Único de Saúde. Os primeiros acórdãos começaram a surgir em 2008, ocorrendo um crescente aumento, com ápice em 2012, ano que responde por mais da metade dos acórdãos analisados. Os motivos da concentração desses acórdãos em 2012 são, provavelmente, os mesmos apontados para o Sistema Único de Saúde: fluxo moroso do processo judicial e aumento das ações relacionadas à internação psiquiátrica.

As operadoras de planos de saúde foram apelantes na maior parte dos processos (76,1%), o que é explicado pela decisão desfavorável que obtiveram em 1ª Instância. Destaca-se que, na maioria dos casos, as operadoras foram rés das ações em 1ª Instância, pois foram levadas à Justiça pelos beneficiários de planos de saúde.

Dentre as operadoras que mais figuraram nos acórdãos, estão a Amil Assistência Médica Internacional e, em segundo lugar, a Unimed Paulistana – Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico. Ambas são operadoras de grande porte, com mais de 100.000 beneficiários. Entretanto, qualquer análise realizada deve considerar o estado de São Paulo, tendo em vista que os acórdãos se remetem a este estado. Com exceção da Medial Saúde S/A, que foi comprada pela Amil Saúde S.A. em 2009 e teve a totalidade de sua carteira transferida para a

respectiva operadora e da Crusam – Cruzeiro do Sul Serviços de Assistência Médica-, as operadoras mais citadas nos acórdãos judiciais estão entre as seis operadoras com o maior número de beneficiários no estado de São Paulo, dentre as 769 operadoras que atuam no estado (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012a).

É interessante ressaltar que a ANS apresenta mensalmente um índice de reclamações de beneficiários de planos de saúde. Esse índice leva em conta a média de reclamações procedentes (aquelas em que o beneficiário estava arrazoadado) nos últimos seis meses e o número médio de beneficiários das operadoras no mesmo período. O último índice apresentado, em março de 2013, revelou que quatro das seis operadoras mais citadas nos acórdãos aparecem no topo da lista de reclamações (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2013). Contudo, há operadoras com grande número de beneficiários e com alto índice de reclamação que não apareceram citadas ou foram pouco mencionadas nos acórdãos, o que não significa que não tenham decidido negar pedidos de internação psiquiátrica. A ANS e os órgãos de defesa do consumidor, como o PROCON – Programa de Orientação e Defesa do Consumidor-, são outras instâncias utilizadas pelos beneficiários para reclamar seus direitos. Vale lembrar que o Poder Judiciário é normalmente o último recurso acionado.

Outro dado relevante sobre as operadoras foi o fato de que a maioria levada à Justiça pertence ao segmento medicina de grupo, segmento comercial lucrativo e que concentra o maior número de operadoras (24,8%) e de beneficiários (44,8%) no estado de São Paulo (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012b, 2012c). Chama a atenção o fato de não serem citadas as seguradoras especializadas em saúde, as autogestões e as filantrópicas. No caso das autogestões, que são empresas que operam planos de saúde para seus próprios funcionários, o plano de saúde é geralmente do tipo coletivo e é entendido como um benefício, sendo menos comum o acionamento da Justiça.

A data de contratação, o tipo e a segmentação do plano contratado foram variáveis, e sua captura restou prejudicada em virtude da falta dessas informações nos acórdãos. Os estudos de Scheffer (2006) e Trettel (2009) também apontaram a insuficiência dessas informações nas decisões judiciais. Ao que tudo indica, esses não são elementos considerados importantes pelos juízes para o julgamento das ações de cobertura assistencial dos planos de saúde. Todavia, são de relevância fundamental para a análise do direito requerido. No presente estudo, 34,1% dos planos foram citados como posteriores à Lei n. 9.656/1998.

Consoante os dados de dezembro de 2012 da ANS, a quantidade de planos de saúde contratados na vigência da referida Lei ou adaptados a ela é praticamente igual a dos planos antigos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012d). Mesmo que a legislação tenha trazido avanços na fixação de coberturas obrigatórias pelos planos de saúde, a maior ocorrência de ações envolvendo os planos novos pode estar relacionada às restrições impostas pelos normativos da ANS quanto à duração e o custeio da internação psiquiátrica.

Essa situação pode estar refletida no fato de que a maior parte das demandas requeridas em juízo (88,7%) referiu-se ao custeio integral da internação psiquiátrica. Nos anos referentes aos acórdãos analisados, estiveram vigentes dois normativos da ANS que estabeleceram regras para o custeio das internações psiquiátricas. De acordo com a Resolução CONSU n. 11/1998, em vigor até 10/01/2010, ou seja, durante a maior parte do período investigado, o beneficiário do segmento hospitalar só tinha direito ao custeio integral de até trinta dias de internação por transtornos psiquiátricos, por ano de contrato, e quando a situação de crise estivesse caracterizada. O referido normativo ainda reduzia para quinze dias a obrigação de custeio integral da internação quando a causa estivesse relacionada ao alcoolismo ou a outras formas de dependência química e deixava livre à operadora o estabelecimento de coparticipação crescente conforme o tempo de internação, impondo como única condição a disposição clara de cláusula contratual nesse sentido (BRASIL, 1998a).

A RN n. 211/2010 (em vigor de 11/01/2010 até os dias atuais) revogou a Resolução CONSU n.11/1998, reescreveu alguns de seus pressupostos fundamentais e buscou conferir à internação psiquiátrica um status semelhante às outras especialidades ao determinar que os mecanismos de coparticipação e franquia estabelecidos no contrato aplicar-se-iam a todas as especialidades, indistintamente. Também retirou a diferenciação anterior de cobertura, se quinze ou trinta dias, a depender da causa da internação relacionada ou não à dependência química. Entretanto, excepcionalmente, manteve a permissividade da cobrança de coparticipação crescente no caso das internações psiquiátricas, após 30 dias de internação (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2010). Em 01/08/2011, a referida norma recebeu atualização pela RN n. 262/2011, que limitou a 50% do valor contratualizado com o prestador a coparticipação do beneficiário no custeio de sua internação psiquiátrica, quando essa exceda a trinta dias por ano de contrato.

Essa diferença de custeio atribuído às internações psiquiátricas justifica-se em virtude da tradicional longa duração e do alto custo do tratamento psiquiátrico hospitalar. Vale

lembrar que as mudanças nessa área foram paulatinas. Salvatori e Ventura (2012a) relatam que os contratos anteriores à Lei n. 9.656/1998 excluía das coberturas assistenciais os transtornos psiquiátricos, principalmente os considerados autoprovocados, como alcoolismo e dependência de drogas, recebendo essas situações tratamento limitado pela Resolução CONSU n. 11/1998, mesmo na vigência da mencionada Lei. As operadoras não estavam (e ainda não estão) dispostas a custear tratamentos caros que diminuam sua margem de lucro, exercendo uma forte pressão sobre as instâncias políticas governamentais. Por esses motivos, os avanços nessa especialidade caminham a passos lentos, e seus conflitos acabam desembocando no Poder Judiciário.

Da mesma forma como ocorreu no Sistema Único de Saúde, a dependência de múltiplas drogas foi a situação de saúde que mais motivou os pedidos de internação psiquiátrica e que, de acordo com a Resolução CONSU n. 11/1998, só tornava obrigatório o direito ao custeamento integral de até quinze dias de internação. Objetivando incorrer em menos custos, as operadoras limitavam-se a cobrir esse mínimo estabelecido no normativo. Logo, a maior parte dos beneficiários pediu em juízo que a internação psiquiátrica fosse custeada em sua integralidade, por considerar injusta a coparticipação, não aplicada às outras especialidades e que, muitas vezes, chegava a impedir a utilização do plano de saúde. O objetivo da coparticipação é evitar um comportamento de uso indevido ou desnecessário do plano de saúde, mas, nesse caso, fica evidente que a finalidade é dividir os custos da assistência com o beneficiário, que já paga, mensalmente, uma contraprestação ao plano.

Em algumas situações, o beneficiário arcou com o pagamento integral da internação, ingressando posteriormente na justiça para pedir o reembolso e, em um caso, o beneficiário foi internado em clínica não credenciada à rede da operadora, pedindo em juízo o pagamento do tratamento recebido. Nesse último pedido, a situação era de emergência e não havia estabelecimento credenciado ao plano do beneficiário na localidade onde ele se encontrava, devendo ser a internação, nessas circunstâncias, reembolsada nos termos da legislação setorial. Mesmo se esse não fosse o caso e o beneficiário alegasse, por exemplo, qualidade duvidosa dos serviços prestados, muito pouco poderia ser discutido em juízo, tendo em vista que quase nada se conhece sobre a rede de saúde mental das operadoras de planos de saúde. O Sistema de Informação de Produtos –SIP, que capta informações da produção da assistência na Saúde Suplementar, bem como o sistema de Registro de Plano de Saúde, responsável por manter as informações dos equipamentos sanitários e da capacidade instalada das redes dos planos de saúde, ambos alimentados pelas operadoras e gerenciados pela ANS, não oferecem

informações sobre a natureza e a estrutura dos serviços disponibilizados pelas operadoras (SILVA; COSTA, 2011). Da mesma forma, não há estudos nem parâmetros assistenciais estabelecidos pela ANS que possam revelar uma fiel avaliação dos serviços nessa área (SALVATORI; VENTURA, 2012a).

A consequência imediata da judicialização das questões relativas à internação psiquiátrica foi a concessão da tutela antecipada em 51,1% das demandas e o julgamento favorável ao custeio integral da internação psiquiátrica em 79,5% das decisões judiciais em 1^a Instância e em quase 100% em 2^a Instância. A taxa de manutenção das decisões favoráveis ao custeio integral da internação psiquiátrica em 2^a Instância foi de 97%. Isso demonstra um comportamento uniforme do Poder Judiciário na concessão do direito ao custeio integral da internação psiquiátrica. Os juízes consideraram injusta a cobrança de coparticipação da internação psiquiátrica, apesar da existência de disposições normativas e de cláusulas contratuais contrárias a esse direito. É interessante notar, também, que mesmo o número de decisões desfavoráveis em 2^a Instância foi bem menor do que em 1^a Instância. Os julgamentos de 2^a Instância foram mais condescendentes.

Esse posicionamento favorável do Poder Judiciário aos beneficiários de planos de saúde está fundamentado, principalmente, no princípio da vulnerabilidade do consumidor, uma vez que este está na base da ciência consumerista e de todo o movimento filosófico da defesa do consumidor (BRITO; DUARTE, 2006). O reconhecimento desse princípio nas relações de consumo foi uma conquista histórica, resultante das transformações acarretadas pela revolução industrial e pela revolução tecnológica que modificaram profundamente as relações comerciais entre consumidores e fornecedores, marcadamente pela produção em massa, utilização de marketing e de práticas abusivas. Essas alterações colocaram o consumidor em estado de grande desvantagem frente aos agentes econômicos, sendo necessária a proteção legal e a intervenção estatal para o controle e para a redução desse desequilíbrio, uma vez que sem esses mecanismos não seria possível a autorregulação e o equilíbrio entre os integrantes da relação de consumo (ALMEIDA, 2002; BRITO; DUARTE, 2006).

Por esses motivos, movimentos internacionais de proteção e defesa do consumidor culminaram na elaboração de um guia para a proteção do consumidor pela ONU, o qual reconhece que, frequentemente, o consumidor enfrenta desequilíbrios em termos econômicos, níveis educacionais e poder de negociação, sobretudo em países em desenvolvimento

(UNITED NATIONS, 1985). Esse instrumento inspirou a Constituinte de 1988 a inscrever na Carta Magna a defesa do consumidor, no artigo 5º, erigindo-lhe o *status* de direito fundamental. Dois anos após a promulgação da Constituição, foi publicada a Lei n. 8.078/1990, também conhecida como Código de Defesa do Consumidor – CDC, dispondo acerca dos direitos do consumidor e reconhecendo sua vulnerabilidade no mercado de consumo.

A vulnerabilidade é conceito-chave na disciplina jurídica do direito do consumidor, sendo o pressuposto correto para aplicar a lei e salvaguardar o consumidor. É o princípio pelo qual o direito reconhece como mais fraca a posição assumida pelo consumidor (MORAES, 2003). Portanto, a presunção de vulnerabilidade do consumidor é absoluta, ou seja, é característica inerente a todo consumidor, independentemente de qualquer condição social, e é decorrente de uma série de fatores relacionados à complexidade do mundo moderno e à impossibilidade do conhecimento ilimitado pelo homem de todas as informações implicadas nos bens ou nos serviços que adquire no decorrer de sua vida.

O plano de saúde é, nesse contexto, um serviço adquirido pelo consumidor que, por meio de um contrato, firma o compromisso de utilização e pagamento pela assistência à saúde dispensada por uma operadora de planos de saúde, de acordo com suas cláusulas contratuais. A Lei n. 9.656/1998 estabelece, inclusive, a aplicação subsidiária do CDC, reconhecendo a relação de consumo entre beneficiários e operadoras de planos de saúde (BRASIL, 1998). A assimetria de informação entre beneficiário (consumidor) e operadora (fornecedor) pode gerar, para aquele, importantes perdas, por não possuir conhecimentos específicos acerca do contrato do plano de saúde que está adquirindo. Por esta razão, quando um beneficiário de plano de saúde ajuíza uma ação, além do princípio material da vulnerabilidade, o juiz profere seus atos processuais aferindo a existência da hipossuficiência do consumidor, ou seja, verificando se no caso concreto em lide, o beneficiário não tem meios suficientes para fazer “prova” do fato alegado. A hipossuficiência é, dessa forma, relativa, e promove a inversão do ônus da prova. Assim, caracterizado o beneficiário de plano de saúde como agente hipossuficiente no âmbito do processo judicial, é da operadora o ônus de provar que não cometeu o fato alegado pelo beneficiário.

O estado de vulnerabilidade, muitas vezes associado ao de hipossuficiência dos apelados dos acórdãos analisados, certamente, respondeu pelo alto número de decisões favoráveis ao custeio da internação psiquiátrica. Os estudos de Trettel (2009), Scheffer

(2006), e Alves, Bahia e Barroso (2009), que investigaram as decisões judiciais relacionadas às demandas de beneficiários de planos de saúde, apontam na mesma direção da presente análise: a de que as decisões judiciais são predominantemente mais favoráveis aos beneficiários. Entretanto, na presente pesquisa, o percentual de decisões favoráveis em 2ª Instância foi bem maior do que nos estudos conduzidos por Scheffer (2006) e Alves, Bahia e Barroso (2009), que analisaram o direito às coberturas assistenciais em sua totalidade.

Isso pode ser explicado pela hipótese de a internação psiquiátrica ter sido considerada pelos juízes um bem de saúde de grande relevância para a recuperação da saúde do beneficiário. Sabe-se que a maior parte das ações judiciais referentes ao Sistema de Saúde Suplementar diz respeito a negativas assistenciais e sua frequência, cada vez mais elevada, inspirou, inclusive, a elaboração de um protocolo de acesso aos bens de Saúde Suplementar por via judicial, destinado, principalmente, aos juízes, objetivando facilitar as decisões nessa difícil seara (SALVATORI; VENTURA; GANDINI, 2012).

É reconhecido que os transtornos mentais, principalmente os relacionados à dependência química, aumentam a suscetibilidade de seus portadores ao envolvimento em situações de violência, acidentes, mortes e suicídios (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2011). A suscetibilidade associada à dependência química pode ser maior do que a identificada em indivíduos que, embora acometidos por doenças, não padeçam da dependência química, tendo em vista que a associação da dependência química à criminalidade e à violência é maior do que a outros tipos de transtornos (GELBCKE; PADILHA, 2004). Esta razão, possivelmente, também explica a forte tendência à favorabilidade das decisões judiciais ao custeio da internação psiquiátrica. Apesar de, em muitas situações, no momento da prolação do acórdão o beneficiário já ter recebido alta, uma decisão favorável ao consumidor tem o condão de coibir a repetição da negativa de cobertura da internação em momentos posteriores, além de contribuir para a formação da jurisprudência favorável ao consumidor.

Em uma minoria de acórdãos, foi possível observar a concessão judicial de indenização por danos morais. A Constituição Federal estabeleceu como garantias fundamentais o direito à vida, à saúde, à liberdade, o direito de imagem, bem como a indenização por danos morais. O conceito de dano moral está presente tanto no Código Civil quanto no CDC e vem a ser “a lesão de interesses não patrimoniais de pessoa física ou jurídica, provocada pelo fato lesivo” (DINIZ, 1998, p.81). Dessa forma, pode ser entendida

como a lesão a bens imateriais, como a integridade física e mental, a saúde, a reputação e a honra. São danos que afetam a personalidade da pessoa, ofendendo-lhe a dignidade humana e, por isso, traduzem-se em sofrimento de natureza física ou moral. A negativa da internação psiquiátrica foi entendida por alguns juízes como um dano moral por causar prejuízos à saúde mental do beneficiário, o qual não teve (ou teve de forma retardada) acesso ao tratamento prescrito. Entretanto, em mais de 70,5% de ações, não havia qualquer informação sobre o pedido dessa medida, não sendo possível concluir sobre a posição predominante do Poder Judiciário.

Situação semelhante ocorreu com a interdição. A maior parte dos acórdãos não possuía essa informação, não sendo possível aprofundar essa questão. Todavia, pode-se dizer que a quantidade de pessoas para as quais se pedia a internação no Sistema Único de Saúde, interditadas previamente ou com processo de interdição em curso, foi cerca de 8 vezes maior do que no Sistema de Saúde Suplementar. O que isso pode significar? Que os beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar, quando reclamam o direito do custeio da internação psiquiátrica na Justiça, não estão destituídos de sua capacidade para os atos da vida civil, mas boa parte dos usuários do Sistema Único de Saúde, sim. E por que é mais frequente a interdição civil dos usuários do Sistema Público internados por causas psiquiátricas do que os do Sistema de Saúde Suplementar internados pelas mesmas causas? O presente estudo não buscou responder a esta questão, mas aponta-a como um relevante objeto de estudo para pesquisas futuras, tendo em vista que pode esbarrar na questão de subtração do direito à dignidade do portador de transtorno mental em situação econômica desvantajosa.

A concordância do posicionamento judicial com a indicação médica foi bastante alta. Dos acórdãos que possuíam informações sobre a indicação médica da internação psiquiátrica, quase a metade dos acórdãos coletados, apenas um foi desfavorável ao custeio da internação, fundamentado na existência de cláusula contratual limitativa do tempo de cobertura. Os juízes, em geral, deferiram a internação quando houve relatório médico que a indicou. Entretanto, o fato de não haver menção a relatório médico em 52,3% dos acórdãos não significa, necessariamente, que o referido documento não constava dos autos do processo, mas que os juízes não consideraram importante mencioná-lo em suas decisões.

As representações sociais dos juízes do TJSP acerca das demandas relativas à internação psiquiátrica revelaram seis posicionamentos distintos. Abaixo, apresenta-se a

discussão de cada um deles, bem como de sua interface com os argumentos apresentados pelas operadoras e pelos beneficiários.

É abusiva a recusa, a cobrança de coparticipação e a limitação temporal da internação psiquiátrica em contratos de planos de saúde

A abusividade da limitação atribuída ao custeio da internação psiquiátrica foi a representação mais importante nos acórdãos analisados, visto que fundamentou cerca de 90% das decisões. Os juízes reconheceram o Sistema de Saúde Suplementar como um sistema de caráter privado e complementar ao Sistema Único de Saúde e que não tem a obrigação de custear todo tipo de procedimento. Reconheceram a existência de uma relação de consumo entre a operadora (fornecedora de serviços) e o beneficiário (consumidor, destinatário final dos serviços de saúde), aplicando, na maior de parte das decisões, 62,5%, o CDC. Entretanto, consideraram que a cláusula contratual que excluía, limitava a internação a quinze ou a trinta dias, ou que estabelecia a coparticipação do beneficiário após o transcurso desse período, era abusiva, porque contrariava o artigo 12, inciso II, alínea “a”, da Lei n. 9.656/1998. Esse dispositivo estabelece que é vedada a limitação de prazo, de valor máximo ou de quantidade para internações em todos os tipos de clínica reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina e, enquadrando-se a psiquiatria numa clínica especializada e reconhecida pelo citado Conselho, seria ilegal a limitação da internação a qualquer período que fosse.

É nessa mesma linha o entendimento judicial de 2ª Instância quanto à coparticipação. Mesmo que as resoluções do CONSU e da ANS tenham trazido a possibilidade da aplicação da coparticipação (fator moderador) às internações psiquiátricas, não se confundindo essa situação com a limitação do tempo de internação psiquiátrica, os juízes entenderam que a coparticipação aplicada somente à internação psiquiátrica, após o período de quinze ou de trinta dias, constitui restrição abusiva, porque priva o paciente do tratamento integral de doença coberta pelo plano, ao condicionar seu tratamento ao copagamento.

A abusividade da limitação do tempo de internação psiquiátrica ou da exigência de coparticipação financeira foi fundamentada na desvantagem exagerada imposta ao consumidor, no caso, o beneficiário do plano de saúde, que necessitou da internação. De acordo com o CDC, artigo 51, parágrafo 1º, inciso II, uma vantagem exagerada é configurada quando existe restrição de um direito fundamental à natureza do contrato, de tal forma que ameaça seu objeto essencial (MARQUES, 2011). Uma vez que o objeto essencial do contrato de um plano de saúde é garantir o tratamento das moléstias cobertas pelo referido plano,

ameaça a prestação dos serviços de saúde a limitação do número de dias de internação ou a cobrança de coparticipação financeira após determinado período, mesmo que previamente pactuado. Nessas situações, as cláusulas que ferem a natureza essencial do contrato foram consideradas nulas de pleno direito.

O período de internação hospitalar, há bastante tempo, é motivo de controvérsias entre beneficiários e operadoras de planos de saúde, sendo alvo de muitos pedidos judiciais relacionados à cobertura na Saúde Suplementar. A reiteração de casos, especialmente os relacionados à limitação de internação em unidade de terapia intensiva - UTI, levou o Superior Tribunal de Justiça - STJ, em 2006, e o TJSP, em 2012, à elaboração da Súmula 302 e da Súmula 92, respectivamente, que declaram abusiva a cláusula de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado. Nesse sentido, é também o Enunciado 17 da 3ª Câmara de Direito Privado do TJSP. As súmulas são enunciações da jurisprudência predominante do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores. Os enunciados são entendimentos da jurisprudência dominante nas seções ou câmaras dos Tribunais de Justiça. Ambos buscam a unidade na interpretação do direito e, conseqüentemente, a uniformização das decisões.

A existência dessas diretrizes, além de auxiliar os julgadores a remediarem conflitos de interpretação, comprova o entendimento pacificado no Poder Judiciário Brasileiro, e não só no TJSP, de que o plano de saúde que inclui a segmentação hospitalar é obrigado a custear a internação, em qualquer especialidade médica, pelo tempo necessário ao completo reestabelecimento do paciente. Contudo, a interpretação das operadoras é a de que a Súmula 302 do STJ não se aplica a internações de natureza psiquiátrica, eis que oriunda dos casos de negativa de internação em UTI.

Mesmo para os contratos que eram anteriores à Lei n. 9656/1998 e ao CDC, foi entendimento comum no TJSP a aplicação das referidas leis aos casos apreciados. Por ser o plano de saúde um negócio jurídico caracterizado pela prestação continuada de serviços de saúde, tanto a lei de planos de saúde, quanto a lei de proteção do consumidor aplicam-se aos períodos contratuais, a partir de sua vigência.

É válida a cláusula contratual que limita a internação psiquiátrica no tempo

Outrossim, representação inteiramente oposta à esposada foi apresentada por uma parcela muito pequena de juízes: a de que é válida a cláusula contratual que limita a

internação psiquiátrica no tempo. Os discursos analisados sustentaram a tese de que o contrato cumpriu o tempo mínimo exigido de 15 ou de 30 dias de internação psiquiátrica, de que a limitação de procedimentos em contratos de planos de saúde, em função dos valores pagos pelos beneficiários, é prática permitida em contratos de seguro e de que a maioria dos planos não cobre tratamentos dentários, estéticos e experimentais. A comparação entre um tratamento estético, sem finalidade terapêutica, e um tratamento de saúde, como é o caso da internação psiquiátrica, evidencia o status de mercadoria atribuída à saúde no cenário do Sistema de Saúde Suplementar.

Consoante esse ponto de vista, a limitação imposta para o tempo de internação psiquiátrica visa a manter o equilíbrio do contrato e é uma prática usual no ramo de seguros. Uma minoria de juízes ainda complementou esse entendimento afirmando que o dever de prestar atendimento incondicional à saúde é do Estado e que a operadora de plano de saúde não pode ser compelida a substituir tal função social, no exercício de sua **livre** atividade econômica.

Esse posicionamento é representado por uma visão estritamente econômica e mercadológica do Sistema de Saúde Suplementar, que tem raízes históricas. No Brasil, a década de 1960 foi palco de uma intensa expansão das relações de produção capitalista, a qual não deixou imune o setor saúde, acarretando-lhe a alavancagem da privatização dos serviços e alterações significativas em seu modo de produção, que visavam a tornar este setor lucrativo ao capital privado. É justamente neste período que, com subsídios públicos, assiste-se ao crescimento dos segmentos da medicina privada, ou seja, das operadoras de planos de saúde e, principalmente, dos hospitais e leitos psiquiátricos, uma vez que os serviços de saúde inerentes a essa especialidade ajustavam-se perfeitamente à lógica do capital: custos reduzidos na manutenção dos serviços e alta lucratividade na longa duração das internações. Amarante (1995) denuncia que esse foi o maior processo de privatização da saúde de que se tem conhecimento, com repasse de cerca de 90% das verbas destinadas às ações de saúde mental aos gestores privados da atenção psiquiátrica hospitalar (WAIDMAN, 2004).

É somente a partir de 1980, com os movimentos de redemocratização do País e de reforma sanitária, que a saúde é elevada ao status de bem de relevância pública, constituindo-se em um direito social e de cunho universal, buscando-se sua materialização por meio da criação do SUS. Entretanto, 10 anos após o redirecionamento das políticas públicas de saúde, não só o Brasil, mas muitos países capitalistas começaram a adotar um pacote de medidas

políticas e econômicas de cunho privatista, em uma doutrina que ficou conhecida como neoliberalismo ou fundamentalismo de mercado (SCHRECKER, 2010). Era a clara retomada do processo privatizante da década de 1960 (SOUZA, 2010). Esse pacote de medidas, exigido principalmente pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional – FMI, para o investimento de capitais estrangeiros, visava à reestruturação dos Estados para sua integração ao mercado mundial e, além da crescente privatização das empresas estatais e redução de barreiras comerciais, enfatizavam a adaptabilidade e a flexibilidade dos Estados, por meio do ajuste das contas públicas, da desregulamentação das leis trabalhistas e dos cortes nas políticas sociais, com o objetivo de enxugar os gastos estatais, redirecionando as receitas públicas para os setores lucrativos da economia (BEHRING, 2003).

Dessa forma, as políticas neoliberais orientadas pelos organismos internacionais exigia um desmonte dos sistemas de bem-estar social e, consequentemente, um deslocamento do papel do Estado e de sua intervenção nas relações sociais. Essas políticas pressupõem que o mercado é a base adequada para organizar a maioria das áreas da vida econômica e social (SCHRECKER, 2010). Ao Estado, no campo da saúde, caberia o papel de regulador e de provedor apenas de segmentos focalizados, devendo desresponsabilizar-se pela proteção social, a qual ficaria a cargo do mercado. Segundo os neoliberais, os gastos públicos na provisão das demandas sociais eram os principais responsáveis pelas crises fiscais que assolavam os Estados. As políticas sociais são concebidas como paternalistas, na medida em que bloqueiam a autonomia do indivíduo e impedem o desenvolvimento de uma natural desigualdade que, por sua vez, gera uma concorrência indispensável para a elevação da qualidade dos serviços e dos produtos oferecidos pelo mercado (SADER; GENTILI; BORÓN, 1995). As políticas sociais, por interferirem na livre atuação do mercado, são encaradas como produtoras de desequilíbrio, cujos bens deveriam ser adquiridos via mercado e não como um direito inerente à condição de cidadão. Essa concepção cria um panorama no qual o Estado se torna mínimo para cidadãos e máximo para o capital (BEHRING, 2003). Essa configuração, segundo os organismos internacionais, promoveria o progresso dos países.

Contudo, a implementação dessas medidas não foi suficiente para promover o crescimento econômico e social dos países em desenvolvimento. Pelo contrário: a associação negativa entre as políticas liberalizantes-globalizantes, o pobre desempenho econômico e a tendência insatisfatória nos níveis de saúde parecem ser altas. Existem fortes evidências de que a mercantilização da saúde produziu iniquidades de acesso e de utilização dos serviços de saúde entre a população, impactando, consequentemente, nos níveis de saúde apresentados,

bem como no aumento da pobreza e das desigualdades sociais (SCHRECKER, 2010). De bem público a ser assegurado pelo Estado, a saúde passa à condição de bem comercializável, de mercadoria precificada, que deve ser adquirida pela sociedade. O Estado “joga”, assim, a responsabilidade e os custos da prestação da assistência à saúde para mãos do capital privado e daqueles que podem pagar, respectivamente, focalizando, por meio de uma política residual, investimentos em ações menos custosas da atenção básica, para segmentos pobres da sociedade (FRANCO; MERHY, 2006).

Submete-se, dessa maneira, a assistência à saúde às regras de produção capitalista, quais sejam, a rentabilidade e a produtividade do setor, nas quais ao segmento público compete a prestação de cuidados à população mais pobre, não consumidora do mercado de planos de saúde, e com maior risco de adoecer, ficando reservado ao segmento privado a assistência mais rentável, a de média e a de alta complexidade. E assim, subverte-se o princípio da universalidade de acesso à saúde, o que gera danosas consequências para o funcionamento dos subsistemas de saúde, para o fortalecimento do sistema de proteção social da saúde e para a consolidação da cidadania.

Considerando que a saúde é um direito humano fundamental e universal e que, dessa forma, seu gozo é inerente à condição humana, independentemente da posição do indivíduo na sociedade, essas questões suscitam grandes choques entre o neoliberalismo e a proteção dos direitos humanos, uma vez que a ideia de direitos humanos se perde, se sua realização depende de outros critérios que não sejam, necessariamente, o de pertencer à família humana. Nessas circunstâncias, de minimização do papel dos Estados, o que se questiona é até que ponto os Estados com configurações neoliberais reconhecem o direito de se ter direitos (SOMERS, 2008).

Visando a atenuar as consequências dessa representação mercadológica da saúde e a garantir direitos aos consumidores de planos de saúde, a Lei n.9.656/1998 estabeleceu regras para o registro e a operação de planos de saúde, não permitindo a comercialização de planos que não atendam às características definidas. Dentre essas, está a proibição da subsegmentação do plano de saúde, ou seja, a cobertura de parte da cobertura definida em Lei para as segmentações odontológica, ambulatorial, hospitalar e hospitalar com obstetrícia. A Lei n. 9.656/1998 não permite a cobertura de “parte” da internação apenas. Se o plano é de segmentação hospitalar, deve cobrir todo o período em que perdurar a internação. A

imposição da coparticipação pode, nessa situação, ser entendida como uma negativa da operadora em custear integralmente a internação.

A referida Lei eximiu as operadoras da obrigatoriedade de cobrir tratamentos estéticos e experimentais, não estando esses procedimentos contemplados no rol elaborado pela ANS. Diferentemente é o caso da internação psiquiátrica, que além de ser um tratamento necessário em casos excepcionais, é garantida por Lei e constante do rol. A comparação entre tratamento estético e internação psiquiátrica, no sentido de conferir-lhes peso equivalente quanto à exclusão contratual é injusta, tendo em vista que as imperfeições físicas corrigidas pelos tratamentos para embelezamento, em muitos casos, não são resultantes de doenças, transtornos ou acidentes, ao passo que a internação psiquiátrica o é. Da mesma forma, ocorre com os tratamentos experimentais, os quais não se têm evidências suficientes quanto a sua eficácia e segurança.

Além disso, a cobertura da internação não implica prestação ilimitada de assistência à saúde, mas tão somente seu custeio pelo tempo necessário à recuperação da saúde do beneficiário. Ao custeá-la, a operadora não estará substituindo a função social do Estado. Estará cumprindo o dever que assumiu quando se constituiu como uma gestora de cuidados à saúde, devendo zelar pelo direito à saúde do beneficiário. Até mesmo para a Organização Mundial do Comércio - OMC, órgão cujos objetivos são fomentar e regular o comércio internacional, a saúde, o direito à saúde e o acesso a medicamentos foram considerados como superiores, por exemplo, ao direito de propriedade intelectual e à quebra de patente, corroborando o entendimento internacional de que a saúde é um bem maior (VENTURA, 2011).

O direito à saúde está relacionado ao direito à vida que é superior a qualquer outro

A relação do direito à saúde com o direito à vida apareceu também claramente nos acórdãos relativos ao Sistema de Saúde Suplementar. A vida foi considerada um direito superior a qualquer outro direito e, em razão disso, a interpretação do contrato foi relativizada para conferir proteção a esse direito, apesar da existência de cláusula limitativa do tempo de internação psiquiátrica ou impositiva de coparticipação. Nessa representação, ficou demonstrado o lado “humanizado” do Poder Judiciário, que não se ateu à letra fria da lei na qual em um contrato deve prevalecer a vontade pactuada pelas partes, mas busca um sentido social para esse contrato de plano de saúde, visto que a saúde é questão de ordem pública, estando estampada na Constituição Federal como um bem de relevância pública. Nesse

sentido, não pode o contrato de plano de saúde ser tratado como uma mercadoria, o que poderia impedir o acesso aos bens de saúde contratados pela utilização de mecanismos mercadológicos nocivos.

A ideia de saúde como mercadoria afronta o princípio da dignidade humana, pois a saúde é condição indispensável para o desenvolvimento do próprio projeto de ser humano. A limitação da internação psiquiátrica, ou mesmo sua interrupção, pela operadora, por critérios diferentes daqueles estabelecidos pela boa prática médica, pode prejudicar gravemente o estado de saúde de um portador de transtorno mental e, como consequência, ofender o princípio da dignidade humana por privar-lhe do tratamento necessário a sua recuperação. Altas prematuras, motivadas pela limitação da cobertura, podem provocar prejuízos à saúde dos pacientes. Mesmo que consideremos que o período estabelecido pela RN n. 211/2010 da ANS, de trinta dias, sempre será suficiente para a o tratamento da crise, ainda que muitos países utilizem um tempo médio superior (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008), um beneficiário que necessitar de mais de uma internação, e já tenha consumido os trinta dias em internação no mesmo ano de contrato, não terá direito a essa assistência.

Por ser a saúde um bem de relevância pública, a operadora, enquanto prestadora de serviços de saúde, tem o dever de preservar a saúde de seus beneficiários por meio do cumprimento do contrato, que até pode limitar a cobertura das doenças aos procedimentos estabelecidos no rol de procedimentos editado e revisado pela ANS, mas não limitar esses tratamentos no tempo ou em quantidade, pois uma pessoa que contrata um plano de saúde não tem como saber quando nem quantas vezes na vida ficará doente e precisará de determinados tipos de atendimento.

O argumento empregado pelas operadoras de que o dever de prover a saúde é do Estado e de que a internação psiquiátrica poderia ser conseguida na rede pública foi rechaçado pelos juízes. As pessoas contratam planos de saúde para terem a certeza de que, quando necessitarem tratar de sua saúde, poderão fazê-lo. Se não fosse por esse motivo, utilizariam o SUS com todos os seus problemas de acesso e qualidade. As razões para a satisfação com os planos de saúde são, fundamentalmente, a certeza do acesso ao tratamento, a hotelaria agradável e o respeito à privacidade (MILAN; TREZ, 2005). Não é cabível essa alegação das operadoras para tentarem transferir ao SUS suas obrigações assistenciais, porque a razão de ser de uma operadora de planos de saúde é, justamente, a prestação, qualificada, de serviços de saúde.

Com esse propósito, o de elevar a qualidade da atenção prestada pelos planos de saúde e da atuação de todos os atores envolvidos, em 2004, a ANS criou o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Esse programa propôs nova configuração da regulação do sistema, que atribuiu às operadoras o papel de gestoras do cuidado à saúde; aos prestadores, o de produtores do cuidado; aos beneficiários, o de usuários com consciência crítico-sanitária, e ao próprio órgão regulador, o dever de melhoramento de seus procedimentos para corresponder à tarefa de regulador um sistema cujo objetivo é a produção da saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009). Na avaliação do desempenho das operadoras, por meio da qual se estrutura o programa, são analisados vários aspectos relativos à atenção à saúde, à estrutura e à operação dos serviços, à área econômica e à satisfação dos beneficiários. Desde a instituição do programa, a ANS produziu diversos encontros, seminários, manuais e outros materiais com o objetivo de fomentar a mudança paradigmática de funcionamento do Sistema de Saúde Suplementar baseado na lógica capitalista de rentabilidade em detrimento de uma boa assistência à saúde daqueles que pagam duplamente por isto.

Não obstante os esforços empregados pelo órgão regulador e por algumas operadoras de planos de saúde em prol da prestação de uma assistência privada à saúde de alto nível e integral, que respondesse efetivamente às demandas de saúde colocadas por seus beneficiários, o que se observa no cenário atual é a permanência de uma cultura assistencial não planejada, fragmentada, hospitalocêntrica e orientada pelas políticas de mercado, sobretudo na atenção à saúde mental (SALVATORI; VENTURA, 2012a; SILVA; COSTA, 2011). Na base dessa lógica de mercado, está a transferência para o SUS dos serviços menos rentáveis, aqueles que não interessam à exploração pelas operadoras, como é o caso das internações psiquiátricas. Deve-se salientar, entretanto, que esse ramo assistencial da saúde é muito lucrativo para os prestadores, ou seja, para os donos dos hospitais e clínicas psiquiátricos que auferem seus rendimentos mediante convênios com os planos de saúde, com o SUS e por meio dos atendimentos particulares. Para as operadoras, cujos gastos se avolumam na medida em que a internação progride no tempo, representa prejuízo financeiro o custeio do tratamento psiquiátrico hospitalar e é, provavelmente, por esta razão, consequente à pressão exercida pelo *lobby* das operadoras de planos de saúde, a inscrição da limitação da internação psiquiátrica nos normativos setoriais.

Ainda sobre a questão da prestação de atendimento pelo SUS a beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar, Bahia (2008) adverte para a composição mosaica do SUS, que

se constitui de estabelecimentos públicos e privados, os quais também comportam relacionamentos contratuais híbridos de serviços, equipamentos, procedimentos e pessoal. Decorrente dessa múltipla configuração jurídico-institucional dos estabelecimentos e serviços prestados, muitos serviços públicos e privados atuam no mesmo espaço físico, utilizam os mesmos equipamentos e servem-se dos mesmos profissionais. Esse contexto no qual se inserem os serviços de saúde, conhecido como “dupla porta”, é um grande estimulador e facilitador do financiamento pelo SUS dos tratamentos recebidos pelos beneficiários de planos de saúde, principalmente quando estes acarretam grandes custos às operadoras.

Num estudo sobre o itinerário terapêutico dos beneficiários de planos de saúde, Sisson et al. (2011) constatam que, na ausência da cobertura integral da internação psiquiátrica, ou mesmo da negativa da operadora em custeá-la, a tendência dos beneficiários que precisam desse atendimento é utilizar o SUS ou desembolsar do próprio bolso, o que é uma das principais causas de insatisfação com os planos de saúde.

O Conselho Nacional de Saúde Suplementar e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, indevidamente, restringiram o tempo de internação hospitalar

A contenda judicial que permeia a questão da internação psiquiátrica nos planos de saúde reside principalmente no fato da existência de normativos emanados pelo CONSU e pela ANS que permitem a restrição do tempo de internação psiquiátrica e a cobrança da coparticipação. Os normativos infralegais preveem um mínimo de 15 e 30 dias de custeio integral da internação a serem ofertados pelas operadoras. O posicionamento do TJSP foi representado, entretanto, por uma postura indevida do CONSU e da ANS, que se arrogaram na posição de legislador, restringindo uma garantia estatuída pela Lei n. 9.656/1998, qual seja, a vedação do limite dos dias de internação. De fato, foi o que ocorreu, uma vez que a lei dos planos de saúde não contempla qualquer discriminação relativa à internação psiquiátrica.

Como a vedação à limitação da internação hospitalar em qualquer clínica cuja especialidade seja reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, foi estatuída por Lei, a restrição por qualquer normativo infralegal é ilegal, por contrariar texto expresso em Lei. A ANS, nesse aspecto, funcionado como um braço do poder legislativo, ao cumprir sua missão na elaboração de normas para a regulação do mercado de planos de saúde (SALVATORI; VENTURA, 2012b), não pode restringir o alcance da Lei dos planos de saúde. Além de inconstitucional, tal atuação representa uma subtração das garantias conquistadas pelos beneficiários de planos de saúde.

A prescrição do tempo de internação é de competência do médico que assiste o paciente

Ainda sobre o tempo de internação psiquiátrica, sua prescrição é de competência do médico assistente do beneficiário do plano de saúde e não da operadora, não podendo, por esse motivo, haver a estipulação prévia dos dias necessários para a recuperação da saúde do enfermo. Esta foi outra representação predominante nos acórdãos analisados, que enfatizaram, inclusive, a responsabilidade da operadora em prover os meios necessários para a recuperação da pessoa e sua reinserção na sociedade. Ficou claro no discurso de alguns juízes que a causa da internação foi a falha da adesão ao tratamento ambulatorial.

A assistência à saúde mental coloca muitos desafios à assistência à saúde, como a maior variabilidade e incertezas quanto ao diagnóstico; a identificação dos melhores interesses do paciente e, conseqüentemente, o estabelecimento de um projeto terapêutico singular e eficiente; a necessária articulação com a sociedade; além dos custos crescentes inerentes aos tratamentos de transtornos severos e persistentes. No Sistema de Saúde Suplementar, ainda há outros agravantes, não só relacionados ao pilar lucrativo do setor, mas, principalmente, ao modelo assistencial praticado por quase todas as operadoras. Diferentemente do Sistema Único de Saúde, não se identificam linhas de cuidado a conduzir a assistência. No conceito de linha de cuidado, está explícito o objetivo final da integralidade no atendimento e da indispensável existência e facilitação de encaminhamento e acesso a um conjunto de serviços ambulatoriais, hospitalares, profissionais e tecnologias essenciais na resolutividade da demanda de saúde apresentada (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

No Sistema de Saúde Suplementar, não há qualquer planificação da assistência. Não há rede de atenção psicossocial, bem como nenhum equipamento ou serviço com estrutura similar a seus componentes, como os CAPSs, os Centros de Convivência e a inclusão social pelo trabalho, por exemplo. Não há trabalhos em rede ou a existência da articulação dos serviços de saúde que acionem a assistência interdisciplinar e multiprofissional em saúde.

O beneficiário pode ser tratado, sem limite de sessões, por psiquiatras, em consultórios ambulatoriais, e por psicólogos, sendo o atendimento por este profissional limitado quantitativamente aos diagnósticos constantes das diretrizes de utilização emanadas pela ANS. No outro extremo, está o atendimento a nível de internação hospitalar. Entre esses dois polos, encontra-se o hospital-dia, modalidade de assistência estimulada pela ANS e definida como intermediária entre a assistência ambulatorial e a internação psiquiátrica que, contudo,

encontra-se em superação pela modalidade de assistência domiciliar, em países europeus (GUTIERRES-RECACHA et al., 2006) e, no Brasil, pelos CAPSs, na dispensação da assistência a pacientes em crise ou com transtornos severos e persistentes.

Os hospitais-dia tiveram um papel importante na transição do modelo assistencial da saúde mental, mas a redução de sua importância para a consolidação da atual política pode ser resultado da relação dessas entidades com os hospitais psiquiátricos e da dificuldade de sua inserção na rede de atenção psicossocial, de base aberta, comunitária e com grande destaque para a atenção primária em saúde (SILVA; COSTA, 2011). A ANS, não obstante o descompasso com as políticas ministeriais, que reconhecem a necessidade da criação de diversas modalidades de equipamentos sanitários para tratar a problemática dos transtornos mentais, manteve, em suas diretrizes assistenciais, a ênfase no oferecimento dos hospitais-dia como único dispositivo extra-hospitalar de atenção à saúde mental, além das já contempladas consultas com psiquiatra e/ou com psicólogos.

A ampliação da rede, com a entrada de novos equipamentos, aumentaria os custos das operadoras, bem como a utilização dos serviços, já que se constituiriam em novas opções terapêuticas para os beneficiários de planos de saúde com transtornos de longa duração. Tal medida implicaria a necessidade de investimentos das operadoras sem, no entanto, a possibilidade de reajustes nas mensalidades dos planos de saúde. Consequentemente, isso geraria a redução do lucro, não sendo esta uma medida apreciada pelas operadoras e, tampouco, fomentada pela ANS, mesmo que, paradoxalmente, expresse em suas Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar, que “embora o Brasil tenha um sistema de saúde composto por um mix público-privado, as diretrizes para o Sistema de Saúde Brasileiro devem ser únicas [...]” (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008, p. 5), ressaltando ainda a importância de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e eficiente.

Apesar de os dados do SIP não discriminarem em quais modalidades hospitalares estão ocorrendo as internações psiquiátricas nem as características dos serviços e equipes que atuam nessa área (o que sugere a pouca valorização dessa informação para elaboração de políticas de saúde mental pela ANS), as informações do referido sistema apontaram que 45% das internações psiquiátricas do Sistema Suplementar, no ano de 2007, foram decorrentes de neuroses e psicoses graves, e que os restantes, 55% foram atribuídas a “outras causas psiquiátricas” que, segundo a ANS, presume-se serem relativas ao uso do álcool e outras

drogas, ressaltando-se a necessidade da investigação das causas dessas internações. Nesse mesmo ano, a ANS enviou um requerimento de informações sobre a situação da assistência à saúde mental no Sistema de Saúde Suplementar às operadoras que atuavam na segmentação hospitalar. Os requerimentos processados equivaleram a uma quantidade de operadoras que, em conjunto, respondiam por cerca de 97% dos beneficiários dos planos de saúde, constituindo-se em informações bastante representativas do setor (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).

A análise dos requerimentos evidenciou uma situação muito ruim para a consolidação dos ideais da reforma psiquiátrica: 15% e 10% das operadoras não ofertam, respectivamente, cobertura aos transtornos demenciais e aos relacionados ao uso de álcool e outras drogas; a grande maioria dos serviços oferecidos consiste no atendimento em consultórios médicos, emergências psiquiátricas e internações em hospital psiquiátrico, sendo a internação neste dispositivo mais frequente do que em hospitais gerais; a psicoterapia individual é pouco oferecida; o atendimento ambulatorial multidisciplinar, a psicoterapia familiar e em grupo têm caráter residual; há o predomínio da assistência por médicos psiquiatras a nível ambulatorial, e na internação prevalece o atendimento por profissionais que tradicionalmente atuam em hospitais, como médicos, enfermeiros e psicólogos, sendo minoritária a participação de terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas e educadores físicos; praticamente, não existem programas de gestão do cuidado em saúde mental; a grande maioria das operadoras não oferece programas para egressos de internações psiquiátricas; a discussão de casos clínicos mais comumente adotada pelas operadoras refere-se à discussão pontual de casos e troca de informações de prontuário, ocupando a reunião periódica de equipe uma presença muito reduzida e o uso da guia de cobrança dos serviços como principal fonte de obtenção das informações epidemiológicas, não sendo este um documento ideal para captação de informações para fins de planejamento assistencial (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).

A presente pesquisa evidenciou que, no Sistema de Saúde Suplementar, a maior parte das causas, informadas, de internações judiciais foi por uso de drogas. Assim, como anteriormente assinalado pela ANS, existe a necessidade da centralização das ações para essa clientela. Entretanto, o que se infere, pelas informações recolhidas das operadoras, é o reduzido conhecimento das características dos beneficiários de suas carteiras com transtornos psiquiátricos, a inexistência do planejamento das ações de saúde, a ausência de uma linha estruturada de cuidado em saúde mental, a falta de modalidades de serviço que prestem

serviço intensivo extra-hospitalar, a carência de categorias profissionais importantes para a garantia da assistência integral definida por Lei e a centralização no papel do médico psiquiatra. Esse conjunto é fortemente marcado pela fragmentação de um cuidado dispensado em uma rede desarticulada, uma vez que os serviços que integram as redes assistenciais das operadoras são, quase sempre, equipamentos sanitários credenciados, conveniados ou contratados pelas operadoras, sem qualquer vínculo entre si, sem unidade gerencial e orientados quase que exclusivamente para o capital. Tal cenário dramático acaba por resultar na descontinuidade do cuidado e, em muitas situações, no que se convencionou chamar de *revolving door* (porta giratória), ou seja, o paciente sai da internação por uma porta e entra por outra, necessitando de internação repetidas vezes num mesmo período de tempo considerado (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). No entanto, se já houver utilizado os trinta dias de internação no ano de contrato, não poderá voltar a internar-se, caso seja necessário, restando-lhe, como atendimento ilimitado, o hospital-dia ou o ingresso no Poder Judiciário para pleitear seu direito.

Reforçando-se essa tese, é indispensável evidenciar que as internações psiquiátricas no Sistema de Saúde Suplementar registraram um incremento de 28% no período de 2005 a 2010. Quando comparadas às taxas de internação psiquiátrica do SUS, no ano de 2010, observa-se uma importante diferença. Enquanto no SUS as internações foram de 149 para cada 100 mil habitantes, no Sistema Suplementar, essa taxa foi cerca de 91% maior, ou seja, de 284 para cada 100 mil beneficiários de planos de saúde, considerando ainda que o Sistema de Saúde Suplementar atende a apenas 25% da população brasileira e que esses beneficiários não foram contados como usuários do SUS. Dessa forma, enquanto no SUS, entre os anos de 2005 e 2010, houve uma redução de 16% das internações psiquiátricas, no Sistema de Saúde Suplementar houve um aumento de 28% (SILVA; COSTA, 2011). Conclui-se que, não obstante as políticas de qualificação da saúde mental empregadas pela ANS e as diretrizes da Lei n. 10.216/2001, o sistema de planos de saúde permanece na contramão do SUS e da reforma psiquiátrica.

Na Resolução CONSU n. 11/1998, as sessões de psicoterapia eram limitadas a 12, por ano de contrato, e cobertas apenas nos casos de crise. Com a RN n. 211/2010, o número de sessões de psicoterapia permaneceu inalterado, sendo que o referido normativo dispõe de diretrizes de utilização desse tratamento, de acordo com a classificação da doença diagnosticada, ou seja, a indicação da psicoterapia, além da indicação médica, deve respeitar os critérios estabelecidos nas diretrizes, estando coberta apenas para determinados

transtornos. Porém, foi acrescido ao rol de coberturas obrigatórias o mínimo de 40 consultas/sessões com psicólogo ou terapeuta ocupacional, também para casos especificados nas referidas diretrizes. O atendimento em hospital-dia, que na vigência da Resolução CONSU n. 11/1998 era limitado a 180 dias de utilização, por ano de contrato, e a algumas doenças, passou a ter a cobertura ilimitada, segundo critério médico, com a publicação da Resolução Normativa n. 211/2010. Entretanto, sua utilização, da mesma forma que na resolução anterior, foi condicionada a determinados códigos da CID.

O principal problema da fixação de diretrizes de utilização para os serviços de saúde mental no Sistema de Saúde Suplementar é o impedimento a seu acesso. O beneficiário, cujo diagnóstico não preenche as diretrizes estabelecidas, não pode receber determinado tratamento ambulatorial. É o que acontece, justamente, com os beneficiários que sofrem de transtornos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas, principais causas de internação psiquiátrica no sistema de planos de saúde apresentadas pela presente pesquisa. Esse segmento só possui direito a 12 sessões de psicoterapia por médicos ou por psicólogos por ano de contrato. Para esses pacientes, a única modalidade de assistência extra-hospitalar permitida para a continuidade de seu tratamento é o hospital-dia que, como já dito, encontra-se em superação por outros dispositivos mais integrados ao modelo de saúde mental aberto e territorial.

O novo normativo, na realidade, ampliou alguns direitos do portador de transtorno mental, sendo possível verificar um alinhamento às políticas ministeriais de saúde mental (SALVATORI; VENTURA, 2012a). Contudo, essas mudanças são insuficientes para promover a resolutividade dos serviços ambulatoriais, visto que o beneficiário da Saúde Suplementar fica “solto” no sistema, sem vínculo com equipes que desenvolvam trabalhos de suporte fora do modelo casa-consultório-casa. Em suma, o beneficiário do plano de saúde tem menos opções terapêuticas e, quando não alcançar adesão ao tratamento ambulatorial, não lhe restará outra alternativa senão a internação psiquiátrica, conforme apresentado nos discursos dos juízes.

Esse cenário deveria ser considerado pela ANS na formulação das políticas específicas para o Sistema de Saúde Suplementar, já que faz parte de suas atribuições legais a fixação de conteúdos e modelos assistenciais, o estabelecimento de critérios para credenciamento e descredenciamento de prestadores pelas operadoras, a elaboração de indicadores de qualidade assistencial e o zelo pelos serviços de saúde prestados pelo sistema (BRASIL, 2000). Ao

deixar de cumprir integralmente um dos seus mais importantes papéis, o de regulador assistencial, a ANS subtrai de 25% da população brasileira o direito à melhor assistência em saúde, sobretudo em saúde mental.

A operadora não está obrigada a custear a internação em hospitais que não pertençam a sua rede credenciada

Outra representação, porém, bem menos comum, foi a desobrigação da operadora em custear a internação psiquiátrica em hospital não pertencente à rede credenciada. A definição legal de plano privado de assistência à saúde remete à ideia de utilização de uma rede credenciada, contratada ou referenciada (BRASIL, 1998b), que é aquela mantida pelo plano de saúde, constante de seu contrato, para o atendimento do beneficiário. Os valores dos serviços são negociados previamente entre a operadora e o prestador, de modo que diferentes planos possuem diferentes redes e, desse modo, preços diversos. Como consequência, não pode o beneficiário utilizar estabelecimento não credenciado ao seu plano, pois isso implicaria desequilíbrio contratual.

Por outro lado, não é situação rara operadoras com deficiência em sua rede prestadora, com falta de leitos psiquiátricos, sobretudo após a reforma, em razão do fechamento de muitos estabelecimentos e o compartilhamento do mesmo hospital entre o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Saúde Suplementar, a popular “dupla porta”. Nessas circunstâncias, o beneficiário só teve razão quando ficou provado que seu plano não dispunha de leitos psiquiátricos para sua internação. Via de regra, como não é possível ao beneficiário fazer prova negativa desse atendimento, à operadora é que foi exigida a prova de que o atendimento, no caso o leito psiquiátrico, sempre esteve disponível para o beneficiário.

Do mesmo modo que ocorreu nas decisões judiciais relativas ao Sistema Único de Saúde, não cuidaram os juízes de conhecer em qual modalidade de dispositivo hospitalar se efetuou a internação. De acordo com os dados do requerimento de informações da ANS, tem-se que 72% das operadoras oferecem internações em hospitais psiquiátricos e 62,8% em hospitais gerais (SILVA; COSTA, 2011). Não há, da parte do Sistema de Saúde Suplementar, nenhum mecanismo que efetivamente estimule a redução de internações em hospitais psiquiátricos, o que contrasta enormemente com o SUS, que vem buscando o fechamento gradual de leitos psiquiátricos e o desc credenciamento de macro-hospitais psiquiátricos. Isso torna os beneficiários dos planos de saúde mais suscetíveis a internações em hospitais psiquiátricos (SILVA; COSTA, 2011).

Assim, da análise dos acórdãos, restou concluído que as ações de internação psiquiátrica por via judicial no Sistema de Saúde Suplementar foram movidas pelos próprios portadores de transtornos mentais, por dependência de múltiplas drogas, apelados na maior parte das ações de 2^a Instância, que pediram, majoritariamente, o custeio integral da internação psiquiátrica pelas operadoras de planos de saúde. Estas recusaram-se a pagar sob o argumento de que consta do contrato a referida exclusão contratual de cobertura ou a previsão da coparticipação, e que o contrato está de acordo com a Lei n. 9656/1998 e os normativos da ANS. Os juízes, por sua vez, concederam a antecipação da tutela, bem como decidiram favoravelmente ao beneficiário na maior parte dos casos, fundamentados na abusividade da cláusula contratual limitativa da internação psiquiátrica, na supremacia do direito à vida, no dever de a operadora preservar o direito à assistência à saúde de seus beneficiários, na ilegalidade dos normativos restritivos emanados pelo CONSU e pela ANS e na prerrogativa do médico assistente de definir o tempo da internação psiquiátrica.

7 INTERPRETAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Justiça brasileira: palco de encontro das categorias do senso comum com as ditas técnicas oficiais.

Alexandre Zarias

Com base na Teoria das Representações Sociais, procurou-se interpretar a forma como os juízes construíram os saberes manifestos em seus acórdãos a respeito das interações psiquiátricas ocorridas no Sistema Público e de Saúde Suplementar. A importância das representações sociais reside no fato de que elas apresentam “núcleos positivos de transformação e de resistência na forma de conceber a realidade” (MINAYO, 1998, p.173) e que expressam a contínua interação entre o indivíduo e a sociedade da qual faz parte, o que permite e facilita a tarefa do estabelecimento de um diálogo permanente com o Poder Judiciário, no sentido de buscar o apoio desse poder constituído para a consolidação dos ideais da reforma psiquiátrica.

Por meio da análise dos acórdãos, foi possível apreender o conhecimento gerado pelo senso comum dos juízes, construído pelo intercâmbio das dimensões cognitivas, simbólicas, afetivas e imaginativas, resultante das experiências individuais e sociais dos prolores das decisões e que tem, entretanto, uma singularidade inerente à aplicação das leis e dos princípios do direito que regem o devido processo judicial que, por sua vez, irá depender do sistema de saúde reclamado no bojo do processo judicial.

7.1 Representações Sociais no Sistema Único de Saúde

No Sistema Único de Saúde, o conhecimento instituído (da medicina, do direito, das políticas de saúde) e o conhecimento dos grupos sociais (das famílias, dos portadores de transtorno mental, da comunidade, dos profissionais) articulam-se e fornecem elementos de campos específicos do saber, que são descontextualizados pelos juízes, relativos: a concepções de saúde mental, ao direito à saúde, à organização dos sistemas de saúde, a modelos de saúde, à legislação e à jurisprudência. Os apelantes e apelados também fornecem elementos influenciadores da decisão judicial, no âmbito da argumentação aduzida no processo que, por sua vez, são provenientes de representações que possuem acerca do fato *sub judice*.

Os juízes selecionam, então, elementos de um conjunto de ideias em circulação a respeito do transtorno mental que serão confrontados com os paradigmas existentes em suas memórias e que farão sentido ao universo do senso comum. Logo, tecem as informações assimiladas do contexto social e transformam o saber sobre o transtorno mental, que até aquele momento não lhes era familiar, em algo familiar, utilizando para isso categorias preexistentes em suas memórias e juízos valorativos (MOSCOVICI, 2009). À medida que se familiarizam com o tema, transformam conceitos do campo da saúde mental em imagens e interpretam os fatos trazidos nas demandas, o que, conseqüentemente, orienta-os para as decisões. Dessa forma, usam a discricionariedade judicial que possuem e, ao tomar uma decisão, procedente ou não à internação psiquiátrica, materializam as imagens dos conceitos relativos ao transtorno mental presentes em suas memórias, por meio da representação nos discursos dos acórdãos e nos atos sociais decorrentes da referida decisão.

Ao selecionarem da realidade conceitos oriundos dos dispositivos das Constituições Federal e do estado de São Paulo, que atribuem à administração pública federal e estadual o dever de garantir a saúde; da interpretação de eficácia plena dos referidos normativos e da integralidade do atendimento em saúde como uma responsabilidade do SUS, os juízes representam socialmente a saúde como uma obrigação dos três entes estatais. Esta representação está ancorada no dever social do Estado, objetivado, por sua vez, nas Constituições e nas leis pátrias.

Do mesmo modo ocorreu com a representação da saúde como um direito fundamental, conseqüente à seleção de elementos como o direito à integridade física e mental e, inclusive, o direito à própria vida, o orçamento público, o fim justo da lei, as deficiências do Sistema Único de Saúde e, também, a interpretação legal e o dever do Estado em prover saúde, estando ancorada no princípio da dignidade da pessoa humana e objetivando-se também na Constituição Federal.

A internação psiquiátrica compulsória, como uma medida protetiva da pessoa, ou seja, como uma medida de saúde, representação majoritária nos acórdãos analisados, foi objetivada pelos juízes pela ratificação da necessidade irrefutável de tratamento do portador de transtorno mental por meio de reclusão, devido ao insucesso de outras formas de tratamento aberto. Esse conceito materializou-se na antecipação da tutela da maioria das internações e na confirmação dos julgamentos de 2ª Instância, procedentes à internação. Está ancorado no paradigma da psiquiatria tradicional pela crença na impossibilidade de controle por parte da

família, na falência do tratamento ambulatorial, no perigo que as pessoas portadoras de transtorno mental exercem para elas mesmas, para a família e para a sociedade, e na incapacidade do portador de sofrimento mental de tomar decisões adequadas para seu tratamento. Essa representação encontra seus elementos explicativos nas afirmações, conceitos, imagens, opiniões e valores da necessidade do controle e da segregação daqueles que sofrem com transtornos mentais, numa aproximação com o tratamento moral de Pinel, com o campo teórico-prático que fundou a noção de transtorno mental como doença, o manicômio como local de cura e a cura como normalização, num reforço ao estigma social existente (AMARANTE; TORRE, 2001).

Por outro lado, a representação social da internação psiquiátrica compulsória pelos juízes como uma medida violenta e que, por isso, deveria ser, comprovadamente, o último recurso assistencial, ancorou-se, fundamentalmente, nos pressupostos da reforma psiquiátrica, evidenciando a questão da restrição da liberdade da pessoa, direito humano fundamental assegurado pela Constituição Federal e por tratados internacionais dos quais o Brasil é país signatário, aproximando-se da concepção do portador de transtorno mental como sujeito de direitos, do paradigma da reabilitação psicossocial, enquanto estratégia da restituição dos direitos de cidadania do portador de transtorno mental (LEÃO; BARROS, 2008).

Essa outra representação, embora menos presente nos acórdãos, foi tecida com base em conceitos e imagens dos saberes sociais assimilados, relativos à segregação social da pessoa, à privação de sua liberdade de ir e vir, ao dever de disponibilizar-se à pessoa política própria para sua reabilitação (cuja inscrição é estatuída pela Lei n. 10.216/2001), aos malefícios da dependência institucional, aos conhecimentos de matéria de ordem exclusivamente médica e, não judicial, à ausência de comprovação da periculosidade da pessoa e de que os recursos extra-hospitalares se mostraram insuficientes. Foi objetivada pela improcedência minoritária dos pedidos de internação compulsória.

A necessidade da internação psiquiátrica compulsória foi representada por sua comprovação no contexto do processo judicial, ancorando-se na recusa do tratamento pela pessoa portadora de transtorno mental e objetivando-se pela procedência do acórdão. Os fundamentos conceituais e imaginativos, responsáveis por esta representação, figuraram em torno da falência de outras formas de tratamento, da emergência do tratamento, da dispensabilidade de prévia avaliação médica diante da gravidade da situação e do relatório médico atestando a necessidade da reabilitação em hospital psiquiátrico.

Nesse contexto, o de “internar o doente” o mais depressa possível, observa-se nitidamente o lugar do hospital psiquiátrico como “o ‘protetor’ que mantém afastado do convívio familiar o ‘fantasma’ da loucura” (PEREIRA, 2003) e, mais recentemente, do vício em drogas. Reforça essa convicção a falta de preparo dos serviços comunitários substitutivos, bem como de seus profissionais, para lidar com situações de crise (SIMON; BAPTISTA, 2011), as que acabam “caindo” nos hospitais psiquiátricos.

Entretanto, a exigência de comprovação da internação psiquiátrica foi representada por alguns juízes do mesmo Tribunal por sua ausência de comprovação. Nesse caso, a necessidade de prévia autorização médica da medida, os preceitos legais, a falta de evidências do transtorno mental e da urgência, referidos nos autos processuais, a ausência de provas quanto à suposta periculosidade da pessoa e sua falta de discernimento foram interpretados pelos juízes, orientaram sua ação e materializaram-na na improcedência da internação compulsória, uma vez que esta ausência de comprovação se ancorou na vulnerabilidade do princípio de liberdade que seria infringido na concorrência dos elementos referidos. Tal princípio não possui apenas a dimensão do ir e vir. Estende-se como um obstáculo para além do trânsito do portador de transtorno mental para fora dos muros do hospital, dificultando sua existência e sua permanência nos circuitos vivos onde ocorrem as trocas sociais (CASTEL, 1997), as quais são fundamentais para o sentimento de pertença ao grupo, para o desempenho da função social do indivíduo e para o desenvolvimento de seu próprio projeto de vida.

Assim, os juízes selecionaram, dos saberes médicos, sociais e jurídicos, os elementos para a compreensão do transtorno mental, de suas consequências e de suas possibilidades de tratamento, assimilando, construindo e reconstruindo os sentidos da internação psiquiátrica para a solução da lide sob julgamento. Esses sentidos estão ancorados ora como proteção necessariamente comprovada por relatório médico, ora como violência contra a pessoa, sem a necessária comprovação da medida segregatória.

Foi possível observar que o elemento periculosidade exerceu grande influência nas decisões favoráveis e não favoráveis à internação, funcionando como o “fiel da balança”. Quando o juiz se convenceu do perigo alegado, sobretudo pelos familiares, a internação foi procedente. Quando os fatos alegados não foram suficientes para o convencimento da periculosidade mencionada, a internação foi improcedente. A atuação da família também foi outro ponto a influenciar nas decisões judiciais. Na maior parte das decisões, quando a família

mencionava que não tinha meios adequados para cuidar do portador de transtorno mental, o juiz procedia à internação compulsória.

Na página seguinte, apresenta-se um esquema básico da interpretação realizada.

Figura 14– Esquema das Representações Sociais manifestas nos acórdãos sobre internações psiquiátricas no Sistema Único de Saúde.

7.2 Representações Sociais no Sistema de Saúde Suplementar

Da mesma forma como ocorreu no Sistema Único de Saúde, os juízes que julgaram os processos relativos ao Sistema de Saúde Suplementar descontextualizaram e selecionaram elementos do conhecimento instituído e dos grupos sociais, assimilando-os, articulando-os, transformando conceitos do campo da saúde mental em imagens e, assim, interpretaram os fatos trazidos às demandas judiciais, orientaram-se para a decisão e materializaram-na nos acórdãos. Contudo, nos processos relativos à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, houve um elemento novo no campo social que não apareceu no Sistema Único de Saúde: a relação de consumo, que orientou diferentemente as interpretações e as decisões do Poder Judiciário sobre a questão da internação psiquiátrica.

A abusividade da recusa, da limitação temporal ou da cobrança de coparticipação da internação psiquiátrica foi a representação mais presente nos acórdãos analisados. A compreensão da relação contratual entre operadora e beneficiário como uma relação de consumo e, por isso, regida pelo CDC, as disposições contratuais contrárias à Lei dos planos de saúde, a caracterização do contrato de plano de saúde como um negócio jurídico de execução periódica e a existência das súmulas dos Tribunais, ratificando a abusividade das referidas medidas, foram os elementos explicativos que ancoraram a representação abusiva da restrição de cobertura da internação psiquiátrica como uma desvantagem exagerada que restringia os direitos do consumidor e esvaziava o objeto essencial do contrato e objetivaram-na pela aplicação das disposições do CDC, tornando nula a cláusula restritiva de cobertura da internação.

A ideia da limitação do tempo de internação, cobrança de coparticipação ou mesmo a recusa em internar pacientes com transtornos mentais está relacionada com o receio do mercado de planos de saúde de que a cobertura desse tipo de serviço, e mesmo da assistência à saúde mental, possa gerar altos custos para as operadoras de planos de saúde (SILVA; COSTA, 2011). No entanto, para a maioria dos juízes do TJSP, essa não é uma questão importante do ponto de vista do cumprimento da essência do contrato de plano de saúde, em estreita relação com o dever da garantia do direito à saúde.

O dever de garantir o direito à saúde do beneficiário também foi fortemente representado nos acórdãos. A vinculação do direito à saúde ao direito à vida, a sobreposição do direito à saúde a qualquer outro, a garantia das expectativas contratuais, a relativização do

contrato para privilegiar o direito à vida, o distinto tratamento de uma mercadoria que deve ser conferido ao plano de saúde e o uso de hospitais não pertencentes à rede credenciada, na indisponibilidade de leitos em hospitais credenciados ao plano, foram informações que subsidiaram a decisão judicial objetivada na vulnerabilidade do consumidor do plano de saúde, ou seja, do beneficiário, e ancorada no dever de a operadora, enquanto prestadora de serviços de saúde, preservar a saúde de seus beneficiários. Essa ancoragem é, há muito, promovida pela ANS, que nos últimos anos vem buscando estimular o papel das operadoras de planos de saúde como gestoras do cuidado, com o objetivo de melhorar a prestação dos cuidados e a utilização dos serviços de saúde (SISSON, 2011).

Nesse sentido, a restrição da internação psiquiátrica imposta pelo CONSU e, posteriormente, pela ANS, foi ancorada como uma ilegalidade patente, subsidiada pela ausência de capacidade legislativa atribuída à ANS, uma vez que este é um órgão executivo e pelo fato de que tanto o CONSU quanto a ANS não poderem limitar direito expresso em Lei, como é o caso da obrigatoriedade, para os planos da segmentação hospitalar, da cobertura da internação hospitalar em qualquer especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, vedada a limitação de prazo. Não obstante a ANS poder ser considerada como um braço do poder legislativo, dada a limitação do conhecimento dos legisladores, a necessária abstração das leis e o poder normativo oriundo de sua atividade regulatória não pode atuar fora dos limites da Lei que a criou (SALVATORI; VENTURA, 2012b). A representação da restrição da internação psiquiátrica foi, então, objetivada pelo reconhecimento judicial da nulidade da cláusula contratual pela ilegalidade do dispositivo limitativo da internação psiquiátrica expresso na Resolução CONSU n. 11/1998 e na RN 211/2010. Enquanto a representação referente à abusividade da limitação da internação foi diretamente ligada à cláusula contratual restritiva, a representação da restrição da internação pelo CONSU e pela ANS associou-se, essencialmente, à ilegalidade dos dispositivos, de cunho administrativo, que limitavam direito não restringido pela Lei dos planos de saúde.

Dessa forma, a prescrição do tempo de internação como uma competência exclusivamente médica também foi representada no bojo dos acórdãos, estando fundamentada em critérios específicos de avaliação médica como: urgência, necessidade, risco, agressividade manifesta, pouca adesão ao tratamento ambulatorial, recuperação e reinserção à convivência social. Esses foram os elementos retirados do contexto social que ancoraram a prescrição da internação psiquiátrica como uma necessidade de saúde do paciente a ser aferida pelo médico assistente e objetivaram-na pela decisão judicial que impedia a operadora em

limitar o tempo de internação psiquiátrica, atribuindo esta ao médico assistente do paciente. De fato, a internação é um critério médico e somente o que assiste o paciente detém o conhecimento para determinar o tempo necessário para sua recuperação. Esse tempo não pode ser definido *aprioristicamente*, sobretudo quando se considera que o paciente pode necessitar de mais de uma internação por ano de contrato, como nos relata os estudos de Girolamo et al. (2007).

Outra representação, minoritariamente expressiva, foi a de que a operadora não tem a obrigação de custear a internação em hospital não credenciado ao plano de saúde do beneficiário. Ancorou-se na legalidade da cláusula contratual que restringia a cobertura do tratamento aos estabelecimentos credenciados ao plano contratado pelo beneficiário. O fato de existir uma rede credenciada ao plano de saúde, de a operadora acordar, previamente, valores a serem pagos aos estabelecimentos pertencentes a essa rede, a impossibilidade de obrigar as operadoras a arcar com despesas superiores às contratadas, foram os elementos contextuais que nortearam a ancoragem realida pelos juízes e, da mesma forma, objetivaram essa representação pelo reconhecimento da legalidade da cláusula que limitava a cobertura da internação psiquiátrica aos hospitais credenciados ao plano de saúde do beneficiário. É interessante ressaltar, entretanto, que alguns juízes admitiram a utilização de hospitais não credenciados desde que o beneficiário assumisse a diferença de valores. É regra comum entre os planos de saúde, assentida pela Lei n. 9.656/1998, a permissão de acesso somente a prestadores pertencentes à rede do plano de saúde que não opera o regime de reembolso (BRASIL, 1998b). Logo, o beneficiário não tem direito aos prestadores conveniados a sua operadora de plano de saúde, mas, tão somente, aos que compõem a rede credenciada do plano que adquiriu. Esse mecanismo impede ao beneficiário ter mais opções e buscar, dentre estas, a que melhor irá atender, dentro de parâmetros qualitativos, seu problema de saúde, como é o caso das internações psiquiátricas.

A última representação identificada, diametralmente oposta às outras e com uma ocorrência quase inexpressiva, quando comparada às demais, foi a de que é válida a cláusula contratual que limita a internação psiquiátrica. Essa representação ancorou-se no princípio jurídico da autonomia da manifestação de vontades, oriunda, por sua vez, da seleção e da assimilação de elementos, basicamente, pertencentes ao ramo do direito contratual. Alicerçados nas concepções de que o contato de plano de saúde cumpriu com o mínimo exigido, de 15 ou de 30 dias; que a cláusula limitativa da cobertura estava descrita de forma legível e que permitia a compreensão de seu conteúdo; que limitar a responsabilidade em

função do valor da mensalidade pago à operadora é normal em qualquer contratação de seguro; que essa limitação é essencial para a garantia do equilíbrio contratual; que não se pode atribuir à operadora a cobertura de risco que não assumiu, pois isto seria violar o contrato e, portanto, a manifestação de vontades, e que a prestação ilimitada da assistência à saúde é função do Estado e não da operadora de planos de saúde, os juízes que assumiram essa representação, objetivaram-na por meio da compreensão da legalidade da cláusula limitativa da internação psiquiátrica, negando o direito à internação psiquiátrica em período superior ao contratado. Esta representação aproxima-se do que Schrecker et al. (2010) discutem como fundamentalismo de mercado (já abordado), para o qual todas as questões sociais, inclusive a saúde, têm de³ ser tratadas pela lógica do mercado, ou seja, do contrato, daquilo que foi contratado entre as partes, não importando se direitos de maior hierarquia, como é o caso da vida e da saúde, estão sendo ameaçados ou anulados.

Na próxima página, apresenta-se um esquema das representações identificadas nos acórdãos e aqui descritas.

Figura 15– Esquema das Representações Sociais manifestas nos acórdãos sobre internações psiquiátricas no Sistema de Saúde Suplementar.

De acordo com as representações identificadas, é possível verificar pontos de semelhança e diferença existentes entre os acórdãos analisados referentes aos dois sistemas de saúde. O ponto de ligação entre os dois sistemas é a representação da internação psiquiátrica como direito à saúde, sendo que, no sistema público, essa representação ainda é desdobrada em duas representações de saúde: como um direito humano fundamental e como um direito que é responsabilidade dos três entes estatais.

As outras nove representações são particulares de cada sistema, sendo definidas, basicamente, pelos mesmos elementos contextuais: argumentos dos apelados e apelantes, concepções de saúde mental, conceitos acerca do direito à saúde, organização dos sistemas de saúde, modelos de saúde, jurisprudência e legislação. A seleção e a assimilação desses elementos para a utilização discricionária do juiz irá depender do tipo de sistema em questão.

Assim, a diferença essencial de seleção das informações circulantes entre os dois sistemas de saúde diz respeito à caracterização da relação de consumo presente apenas na Saúde Suplementar. Esse atributo parece nortear quatro das seis representações presentes nos acórdãos referentes à internação psiquiátrica no Sistema de Saúde Suplementar, à exceção apenas da prescrição do tempo de internação como uma competência médica e da restrição ilegal da internação pelo CONSU e pela ANS.

Nesse sentido, o que se configura nos acórdãos analisados é a busca pelo direito à internação psiquiátrica como uma forma de se alcançar o direito à saúde. No caso do Sistema de Saúde Suplementar, é a obtenção, pelo próprio paciente e beneficiário do plano de saúde, do direito de ser ou de manter-se internado durante o tempo necessário para sua recuperação, mesmo que uma ou mais internações ultrapassem o estatuído em seu contrato e na resolução do órgão regulamentador. Já no Sistema Único de Saúde, o familiar de uma pessoa portadora de transtorno mental busca na Justiça o direito de conseguir a internação de seu membro, seja porque este recusa o tratamento ambulatorial, não tem consciência de seu transtorno, seja porque este tratamento lhe é negado pelo município demandado ou pelo estado de São Paulo. De toda forma, o que os demandantes vão buscar em juízo é o direito à saúde, sendo que a grande maioria dos juízes prolatam seus acórdãos considerando o alcance desse bem pela medida reclamada em juízo.

O esquema, na página seguinte, apresenta as representações constantes dos acórdãos referentes ao direito à saúde pertinente aos dois sistemas de saúde discutidos.

Figura 16— Esquema das Representações Sociais manifestas nos acórdãos sobre internações psiquiátricas nos Sistemas Único de Saúde e de Saúde Suplementar.

8 CONCLUSÕES

*A menos que modifiquemos
nossa maneira de pensar, não
seremos capazes de resolver os
problemas causados pela forma
como nos acostumamos a ver o
mundo.*

Albert Einstein

Por judicialização da saúde pode-se entender a interferência do Poder Judiciário na condução da política de saúde brasileira que ocorre por meio das decisões no âmbito dos processos judiciais que envolvem demandas de saúde. Assim, além das tradicionais demandas relativas a medicamentos e a procedimentos de saúde, previstos ou não nos protocolos e programas executados pelos sistemas de saúde operantes no Brasil, aquelas que remetem à discussão da garantia do direito à saúde, em seu sentido mais amplo, centrado no princípio fundamental do direito à vida digna da pessoa humana, também se inserem nesse fenômeno, uma vez que só se realizam por meio do cumprimento dos deveres do Estado, por meio do SUS, e das operadoras de planos de saúde, no caso do Sistema de Saúde Suplementar. Estes deveres estão positivados na Constituição Federal com o objetivo de sua tradução em políticas sociais e econômicas que proporcionem saúde a todos os cidadãos de forma integral. Neste cenário, acrescenta-se a questão da internação psiquiátrica, que assume a representação da internação compulsória no SUS e a de bem de consumo, no Sistema de Saúde Suplementar.

A judicialização das internações psiquiátricas civis é um fenômeno que vem, recentemente, reclamando a atenção de autoridades judiciárias, de profissionais de saúde, de familiares e dos próprios portadores de transtorno mental, e também da sociedade, por trazer à tona relevantes matérias relativas ao direito à saúde e ao de ser tratado dignamente, aos direitos às liberdades fundamentais, ao direito das famílias e das sociedades de viverem em ambientes seguros e de paz, à competência, no sentido do domínio de conhecimentos técnicos, dos juízes para promoverem a internação compulsória, à educação e à atuação profissional em saúde mental, que devem buscar cumprir os requisitos da Lei n. 10.216/2001, finalizando o efetivo redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental no País. As internações psiquiátricas por via judicial suscitam uma ameaça ao retorno da velha lógica do tratamento manicomial como a panaceia dos problemas individuais e sociais advindos do transtorno mental, com a promoção do isolamento do indivíduo e de seu afastamento do meio familiar e social.

Neste sentido, a internação psiquiátrica foi representada diferentemente nos dois sistemas de saúde investigados. Enquanto no SUS consistiu em uma medida de saúde compulsória, cuja necessidade deveria ser muito bem avaliada, no Sistema de Saúde Suplementar, representou um serviço pelo qual o beneficiário pagou e que, por isso, a ele tem direito.

Os acórdãos analisados no âmbito do Sistema Único de Saúde confirmam os relatos de membros do COEXES, de profissionais de saúde e, inclusive, dos noticiários midiáticos, de que são, em maior número, as mães dos portadores de transtornos mentais que vão à Justiça pleitear essa forma de tratamento, fundamentalmente, porque não conseguem lidar com as situações de violência doméstica e social ocasionadas pelo transtorno, que têm na dependência química, especialmente no crack, sua principal causa, em que pese a ausência dessa informação em grande parte dos acórdãos. A falta de adesão ao tratamento ambulatorial, a impossibilidade da família em cuidar de seu membro portador de transtorno mental e a ocorrência de atos ilícitos envolvendo o indivíduo acometido pelo transtorno foram outros argumentos categóricos utilizados pelos familiares para justificar o pedido de internação, cuja maior parte se referiu à autorização judicial para a medida, seguida pela disponibilidade de vaga para o fornecimento da internação pelo SUS. As defesas dos entes públicos, embasadas, sobretudo, nos princípios do direito administrativo, não foram suficientes para convencer os juízes da desobrigação quanto ao provimento da internação psiquiátrica.

Nos discursos judiciais, o foco fixou-se no direito à vida e à saúde humana. A internação psiquiátrica transitou entre dois polos relativos ao direito à saúde: como pressuposto do respeito à dignidade humana e como violência contra essa mesma dignidade. No bojo desses discursos, o direito à saúde foi reconhecido como dever dos três níveis de governo, União, estados e municípios, uma vez que é direito fundamental assegurado pela Constituição Federal, decorrente do direito à dignidade da pessoa humana, sem o qual não é possível uma vida digna. Por esse motivo, os juízes consideraram que a internação, quando necessária, deveria ser realizada porque representava proteção à integridade física e mental do portador de transtorno mental, seus familiares e demais cidadãos que o direito deve proteger e que, nem sempre, a interdição da pessoa, outro ponto polêmico levantado na presente pesquisa, fazia-se necessária, tendo em vista que consiste em processo distinto que objetiva limitar a capacidade civil da pessoa, devendo ser medida de exceção e não regra, pois nem todas as pessoas que, eventualmente, carecem da medida de internação, necessitarão da medida de interdição. Contudo, esse entendimento não foi unânime, já que uma parte dos

juízes extinguiu processos em 1ª Instância quando não houve o ajuizamento prévio da ação de interdição, demonstrando o risco à interdição, algumas vezes desnecessária, a que estão expostos os sujeitos portadores de transtornos mentais usuários do SUS, já que no Sistema de Saúde Suplementar o número de interdições prévias ou em curso foi bem menor.

É importante ressaltar que, nos acórdãos favoráveis à internação como medida de proteção da pessoa, não foi mencionado pelos juízes a prova de insuficiência dos meios extra-hospitalares de tratamento. Essa não foi considerada uma questão importante, mas que está, justamente, no cerne do problema da judicialização da internação psiquiátrica. Quando considerar os recursos insuficientes? Quando dizer que são suficientes? No contexto atual, esses parâmetros são tão somente subjetivos e variáveis, de acordo com médicos e juízes atuantes nos devidos processos legais.

Por outro lado, a internação compulsória, ainda no âmbito do SUS, foi representada como uma medida violenta, que pode ferir a liberdade de ir e vir, a autonomia da pessoa quanto à escolha de seu tratamento (e até quanto ao não querer tratar-se), atingindo sua dignidade. Por isso, foi ressaltada como a última alternativa, depois de esgotados todos os outros meios de tratamento, o que também é ponto polêmico, considerando que os serviços substitutivos não estão apresentando boa resolutividade, não em virtude de sua proposta, aberta e comunitária, mas por muitas razões que vão desde a estruturação do modelo até sua operacionalização.

As internações psiquiátricas por via judicial, no âmbito do Sistema de Saúde Suplementar, apresentaram representações diferentes das litigadas no âmbito do SUS, fundamentalmente, pelo enfoque consumerista dispensado pelos juízes. As operadoras figuraram no polo ativo na grande maioria dos processos de 2ª Instância porque foram vencidas pelos beneficiários em 1ª Instância. As demandas referiram-se, em sua quase totalidade, ao custeio da internação psiquiátrica além do período previsto contratualmente, sem a cobrança da coparticipação financeira, constante do contrato de plano de saúde e em normativos setoriais, o que foi deferido de imediato na ocasião do julgamento de 1ª Instância, por meio da antecipação da tutela, e confirmado pela maior parte dos acórdãos de 2ª Instância. Interessante destacar que, diferentemente do que ocorreu nos processos relativos ao SUS, os tipos de droga ilícita responsáveis pelas internações psiquiátricas indicadas não foram descritos em nenhum acórdão, o que faz sugerir que, para os juízes, essa informação, quando se trata de beneficiário de plano de saúde, não é relevante e que, talvez, busque-se a

privacidade desse sujeito, tendo em vista que a dependência química, por não estar imiscuída à violência contra terceiros, adquire o formato, tão somente, de um problema de saúde individual e não coletivo.

Nesse contexto, os beneficiários dos planos de saúde alegaram, majoritariamente, abusividade da cláusula limitativa da internação psiquiátrica e o direito à vedação do limite temporal da internação assegurado pela Lei n. 9.656/1998. Em contrapartida, as operadoras argumentaram que a referida exclusão contratual, apesar de vedada por Lei, bem como a cobrança da coparticipação da internação psiquiátrica, estavam expressamente previstas na Resolução CONSU n.11/1998 e na RN n. 211/2010 dos organismos reguladores. As decisões judiciais, por sua vez, foram eminentemente favoráveis aos beneficiários, reconhecidos na condição de consumidores de planos de saúde, tendo nas súmulas dos tribunais e no CDC seus principais embasamentos. Elas certificaram que os beneficiários tinham direito à cobertura integral da internação psiquiátrica, por considerarem abusiva a recusa, a limitação ou a cobrança da coparticipação, tanto em contratos anteriores quanto nos posteriores à Lei, uma vez que o direito à vida, garantido, nesses casos, por meio do direito à saúde e aos serviços do plano de saúde, é superior a qualquer direito, inclusive àquele que prevê a exclusão contratual de determinado procedimento relativo à doença coberta.

Contudo, deve-se ressaltar que a Lei n. 10.216/2001 não foi citada nenhuma vez nas decisões que envolveram as internações psiquiátricas nos planos de saúde, apesar de ser um dispositivo que se aplica também aos serviços privados de saúde, e não apenas aos equipamentos assistenciais do SUS. O artigo 2º, inciso I, estatui que é direito do portador de transtorno mental o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades. Em nenhuma das decisões, porém, que envolveram o Sistema de Saúde Suplementar, essa preocupação foi demonstrada pelo Poder Judiciário. A internação psiquiátrica, no caso dos planos de saúde, foi representada como um serviço contratado, semelhante a uma mercadoria que se adquire. A relação foi considerada contratual e não amparada no contexto maior da política de saúde mental proposta pela reforma, que busca redirecionar a assistência em saúde mental no Brasil. Outrossim, não houve preocupação explanada com os serviços substitutivos da internação psiquiátrica no cenário das redes assistenciais dos planos de saúde. O consumidor ou beneficiário do plano de saúde não tem opções terapêuticas além do consultório médico ou psicológico, do hospital-dia e da internação. O juiz, então, garante a internação, não embasado no melhor tratamento do sistema de saúde para o paciente, mas na abusividade da cláusula que restringe a internação.

Estas foram as principais conclusões do estudo. Não obstante ter a presente pesquisa investigado, praticamente, todas as decisões judiciais acerca das internações psiquiátricas ocorridas na esfera civil, referentes aos dois principais sistemas de saúde operantes no Brasil, procurando esgotar o espectro da temática no TJSP, ela não está isenta de limitações, fundamentalmente, as de natureza metodológica. Neste sentido, podem-se citar: a coleta de dados em 2^a Instância, para a qual transitam apenas os processos de 1^a Instância objetos de recursos; o acesso somente a acórdãos, o que limitou a construção do discurso do sujeito coletivo apenas aos dos juízes, tendo em vista que os recursos e as contrarrazões, aos quais a pesquisa não teve acesso, eram os documentos que continham os discursos dos apelados e apelantes; a existência de processos em segredo de justiça, aos quais o acesso público é proibido e o método estatístico descritivo, que não permite entender os “porquês” e os “comos”, mas, tão somente, estabelecer hipóteses para fenômenos específicos, que podem constituir objetos de estudos futuros.

O direito à saúde aqui se resumiu ao direito de acesso aos serviços de saúde, ao direito à doença. A compreensão tanto do Poder Judiciário quanto dos apelados e apelantes dos dois sistemas investigados compreenderam o direito à saúde como direito ao bem de saúde pleiteado em juízo. Não se vislumbrou, no âmago dos acórdãos, a preocupação com a assistência em si, com o melhor tratamento para a reabilitação da pessoa, mas tão somente o acesso ao equipamento sanitário demandado. Essa conduta é decorrente do deslocamento do foco do indivíduo para a doença do indivíduo, o que reduz as demandas de saúde a demandas por bens de consumo que integram o processo curativo. Por esse motivo, a internação psiquiátrica foi vista, não só pelos juízes, mas também pelos apelados e apelantes como o principal ou, mesmo, o único meio para o indivíduo alcançar a saúde.

Em virtude dessa representação reificada, são colocados inúmeros desafios para os sistemas de saúde e para o Poder Judiciário. Para o Sistema Único de Saúde, sem qualquer novidade, são apontados muitos problemas a serem superados, tais como: insuficiência quanti e qualitativa de equipamentos sanitários de saúde mental; problemas de acesso à rede de atenção psicossocial; poucas opções terapêuticas; falta de preparo e capacitação profissional para o atendimento dos portadores de transtornos mentais para lidar com situações de crise e para promover uma assistência sob a perspectiva da reabilitação e da inclusão social; insatisfatória atenção à família dessas pessoas para o manejo dos transtornos mentais, uma vez que elas são parte fundamental no tratamento, necessitando de espaço para dialogar e buscar soluções para problemas cotidianos; pouca participação da comunidade e dos governos

locais na elaboração de soluções compartilhadas que respondam às demandas de habitação, trabalho, renda e lazer dos portadores de transtornos mentais e de suas famílias. Sobre estes últimos aspectos, é conveniente refletir que o confinamento de pessoas com comportamento perigoso, o direito das pessoas com transtornos mentais como membros da comunidade, sua integração bem-sucedida e o acesso ao emprego e à habitação são alguns dos desafios que países com processo de desinstitucionalização avançado enfrentam. O que dizer, então, de países, como o Brasil, que não têm esse processo adiantado?

Além desses problemas, o estigma contra os portadores de transtorno mental persiste de forma manifesta ou implícita. O Estado, a sociedade, os familiares dessas pessoas e, inclusive, os profissionais de saúde e do direito ainda aceitam com óbices que essas pessoas, que podem ou não estar com sua capacidade de discernimento reduzida pelo transtorno mental, sejam coatuantes e corresponsáveis na definição e na condução das políticas de saúde mental e do seu tratamento, o que acarreta sérios prejuízos ao gozo dos direitos, sobretudo do direito à saúde, dos portadores de transtorno mental usuários do SUS.

A garantia dos direitos fundamentais dos portadores de transtorno mental implica seu reconhecimento como sujeitos de direito, no qual se inclui o direito fundamental à saúde. Porém, mais do que isso significa devolver-lhes o *status* de cidadão e asseverar-lhes a possibilidade do exercício desses direitos e, conseqüentemente, de sua cidadania.

Para a enfermagem, essa situação merece especial atenção devido a sua atuação nos serviços de saúde mental e a proximidade aos pacientes. Uma reflexão ética que considere os direitos humanos dos portadores de transtorno mental e o exercício profissional baseado na promoção desses direitos, deve nortear a formação e a prática cotidiana dos enfermeiros. A presença de um arcabouço jurídico-legal que imprime os direitos fundamentais no tratamento social que deve ser conferido ao portador de transtorno mental, por si só, não foi suficiente para garantir esses direitos, no qual se inclui o direito à saúde, compreendido amplamente, como acesso, tratamento humanizado, integral e que efetivamente atenda às necessidades apresentadas por seus usuários. Uma prova cabal dessa situação é, justamente, a judicialização da internação psiquiátrica, que tem na conjugação de fatores, como a precariedade da atenção à saúde mental, a insuficiência quantitativa e qualitativa de equipamentos sanitários, a baixa qualificação profissional, o atendimento desumano, a falta de acolhimento da família, o pouco comprometimento do governo e da sociedade, no SUS; e a falta de opções de modalidades terapêuticas e profissionais para o atendimento em saúde mental, a limitação quantitativa e

qualitativa de atendimentos assistenciais em saúde mental, a negativa de coberturas, a limitação e a coparticipação na internação psiquiátrica, no Sistema de Saúde Suplementar, fortes hipóteses causais.

Para o Sistema de Saúde Suplementar, o desafio também é grande, já que o setor é operado sob a lógica mercantilista. Garantir direitos nesta seara, talvez, seja ainda mais complicado, tendo em vista as estratégias agressivas do capital privado. Contudo, alguns apontamentos podem ser feitos, sobretudo quanto à atuação mais efetiva do órgão regulador. Melhorar a regulação assistencial da saúde mental, exigir a constituição de uma rede extra-hospitalar que ofereça mais opções terapêuticas além do consultório médico/psicológico e hospital-dia, fiscalizar a qualidade do atendimento e reclamar o papel de verdadeira gestora do cuidado à saúde das operadoras de planos de saúde são providências de caráter urgente. Estudos e pesquisas acerca deste tema, tão pouco explorado e abordado pela ANS, também precisam ser priorizados para que seja possível uma compreensão mais fiel dos obstáculos colocados a uma assistência privada de qualidade, que atenda às necessidades de saúde de seus beneficiários, e a proposição de soluções efetivas para esses problemas.

Quanto ao Poder Judiciário, alguns estudos, e mesmo as reuniões do COEXES, insistiram em que o estabelecimento de um diálogo com os Sistemas de Saúde, objetivando a busca de soluções justas, que deem cumprimento às normas constitucionais e às políticas de saúde vigentes, deve nortear qualquer estratégia de enfrentamento da judicialização das questões de saúde. É necessário que o Poder Judiciário, como facilitador da ampliação da participação e da garantia dos direitos, informe-se dos elementos das políticas de saúde, para que possa, de forma mais eficiente, garantir tais direitos. Dar cumprimento ao mandamento do melhor tratamento de saúde mental consentâneo às necessidade do paciente, disposto na Lei n. 10.216/2001, priorizando a assistência em serviços substitutivos, é essencial nesse processo, assim como considerar os dispositivos da referida Lei, também, para os beneficiários de planos de saúde, transcendendo o enfoque interpretativo consumerista para o do direito à saúde. Outrossim, é necessário haver um mecanismo eficiente de acompanhamento desses casos pelo Poder Público, considerando a crescente demanda judicial da internação psiquiátrica para os casos de dependência química, o passado não tão remoto de maus tratos desses pacientes e que muitos dos internados são mantidos nas instituições por falta de um controle judiciário que lhes assegure a alta hospitalar no tempo devido.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Beneficiários por operadora em São Paulo em dezembro de 2012*. Rio de Janeiro: 2012c. Base de dados. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_CC.DEF>. Acesso em: 19 abr.2013.

_____. *Beneficiários por UFs, regiões metropolitanas e capitais no ano de 2012*. Rio de Janeiro: 2012a. Base de Dados. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_BR.DEF>. Acesso em: 18 abr. 2013.

_____. *Diretrizes assistenciais em saúde mental na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: 2008. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340370239Dir_Assist_Saude_Mental_SS.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2013.

_____. *Índice de reclamações 2013*. Rio de Janeiro: 2013. Disponível em:<<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/261-indice-de-reclamacoes>>. Acesso em: 19 abr. 2013.

_____. *Operadoras com registro ativo em São Paulo no ano de 2012*. Rio de Janeiro: 2012b. Base de dados. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_03A.DEF>. Acesso em: 19 abr. 2013.

_____. *Planos de saúde registrados ou cadastrados no ano de 2012*. Rio de Janeiro: 2012d. Base de dados. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_PL.DEF>. Acesso em: 19 abr. 2013.

_____. *Programa de qualificação da saúde suplementar*. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/memoriaeventos/II%20Seminario%20Internacional_junho_08/Afonso%20Reis.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2013.

_____. *Resolução normativa nº 211, de 11 de janeiro de 2010*. Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/modules/mod_legislacao/exibir/texto_lei.php?id=1575> Acesso em: 04 jul. 2011.

ALBUQUERQUE, E. P. T. de; CINTRA, A. M. de O.; BANDEIRA, M. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores *J Bras Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 308-316, 2010.

ALMEIDA, J. B. de. *A proteção jurídica do consumidor*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

ALMEIDA-FILHO et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*, London, v. 171, p.524-529, 1997.

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

AMARAL, G. *Direito Escassez e Escolha*: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

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

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 491-494, 1995.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.

ASENSI, F. D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 33-55, 2010.

ATIENZA, M. Sobre el concepto de dignidade humana. In: CASADO, M. (Coord.). *Sobre la dignidad y los principios*. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. Cizur Menor: Civitas/Thompson Reuters, 2009. p.73-93.

AZEVEDO, L. M. N. de. Igualdade e equidade: qual é a medida da justiça social? *Avaliação*, Campinas, v. 18, n. 1, p. 129-150, 2013.

BAHIA, L. A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde*: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 123 – 188.

BARROS, S.; BICHAFF, R. *Desafios para a desinstitucionalização* - censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo. 2008. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/censo_psicossocialSP.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2013.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.45, p. 1780-1785, 2011. Número especial 2.

BARROSO, L. R. *Curso de direito constitucional contemporâneo*: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. São Paulo: Saraiva, 2009.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. do. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Rev. Psiq. Clín.*, São Paulo, v. 34, n.6, p. 270-277, 2007.

BEHRING, E. *Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BELLATO, R. et al. Mediação do direito à saúde pelo tribunal de justiça: análise da demanda. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n.2, p. 356- 362, 2012.

BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BLUMER, H. *Symbolic interactionism: perspective and Method*. London: University of California Press, 1969.

BONAVIDES, P. *Curso de Direito Constitucional*. 28. ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

BORGES, D. da C. L.; UGÀ, M. A. D. As ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: características dos conflitos e limites para atuação judicial. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 13-38, mar./jul. 2009.

_____. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª Instância nas ações individuais contra o estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n.1, p.59-69, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional Antidrogas. *Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD*, de 27 de outubro de 2005. Brasília: 2005a. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/CONAD/conteudo/index.php?id_conteudo=11470&rastro=Legisla%C3%A7%C3%A3o> Acesso em: 02 abr. 2012.

_____. Conselho Nacional de Justiça. *Portaria 25, de 22 de março de 2011*. Designa membros para compor os Comitês Executivos Estaduais no âmbito do Fórum do Judiciário para a Saúde. *Diário de Justiça Eletrônico*, 24 mar. 2011b. Nº 53, p. 2-5. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/portarias/2011/port_gp_25_2011.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2011.

_____. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília-DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> . Acesso em: 28 ago. 2013.

_____. *Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934*. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm>. Acesso em: 12 ago. 2013

_____. Ministério da Saúde. Conselho de Saúde Suplementar. Resolução CONSU nº 11, de 4 de novembro de 1998. Dispõe sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 4 nov. 1998a. Secção 1, p. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. *Saúde mental em dados - 10*. 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. Brasília. 2011c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2013.

_____. 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.

_____. 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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2012.

_____. 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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf>. Acesso em: 22 maio 2011.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 145, de 25 de agosto de 1994. Cria um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação das normas em vigor. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 29 ago. 1994. Seção 1, p. 9.

_____. 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.

_____. 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.

_____. *Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973*. Institui o código de processo civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5869compilada.htm>. Acesso em: 06 mar. 2012.

BRASIL. *Lei nº 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 e dá outras providências. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

_____. *Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 4 jun. 1998b. Seção 1, p. 1.

_____. *Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000*. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 29 jan. 2000. Seção 1, p. 5.

_____. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

_____. *Lei nº 10.406, de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm>. Acesso em : 03 set. 2013.

BRITO, A. M. L. de; DUARTE, H. A. da S. T. O princípio da vulnerabilidade e a defesa do consumidor no direito brasileiro. *Jus Navigandi*, Teresina, [n. 1.109](#), 2006. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/8648>>. Acesso em: 28 ago. 2013.

CAMPILONGO, C. F. *Política, sistema político e decisão judicial*. São Paulo: Max Limonad, 2002.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: BÓGUS, L.; YAZBEK, M. C.; BELFIORI-WANDERLET, M. (Org.). *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: EDUC, 1997, p. 15-48.

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

CHAMMA, R. C.; FORCELLA, H. T. O cidadão com transtorno psíquico: reflexões sobre os direitos humanos e os direitos do paciente. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 184-190, 2001.

COLVERO, L. de A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 38, n. 2, p.197-205, 2004.

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

CRUZ, L. A. R. da. Direito à Saúde: de norma programática a direito individual exigível. *Revista Seção Judiciária do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 34, p. 119-132, 2012.

CUNHA, M. C. P. *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. São Paulo: Brasiliense, 1990.

DINIZ, M. H. *Curso de Direito Civil*. São Paulo: Saraiva, 1998.

DINIZ, M. H. *O estado atual do biodireito*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

DISTRIBUIÇÃO dos Leitos Psiquiátricos SUS por UF e Hospitais Psiquiátricos e Indicador Leitos por 1.000 hab. (Brasil. Dezembro de 2010). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_1_21leitos_psiq_uf.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2012.

ESCOREL, S. *Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais*. [199-?]. Disponível em: <<http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2013.

ESCUDEIRO, C. L.; SILVA, I. C. M. da. *Adoçando o fel do pesquisar: a doce descoberta das representações sociais*. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1997.

FARR, R. M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 31-59.

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

FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p.53-124.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. de. *A judicialização do direito à saúde - a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências*. Brasília: BDJur, 2008. Disponível em: <<http://bdjur.stj.gov.br/dspace/handle/2011/16694>>. Acesso em: 23 ago. 2009.

_____; _____. 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.

GELBCKE, F. L.; PADILHA, M.I.C. de S. O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde. *Texto & Contexto*, Florianópolis, v. 13, n. 02, p. 272-279, abr./jun. 2004.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIROLAMO, G. et al. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, German, v. 257, n. 2, p. 83-91, 2007.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOLDEBERG, J. I. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 1994.

GONÇALVES, L. A. O.; SPOSITO, M. P. Iniciativas de redução da violência escolar no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 115, p. 101-138, mar. 2002.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Entenda o que é a internação compulsória para dependentes químicos*. [2013?]. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660>>. Acesso em: 16 maio 2013.

GUARESCHI, P. “Sem dinheiro não há salvação”: ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994. p.191-225.

GUTIERREZ-RECACHA, P. et al. Cost-effectiveness of different clinical interventions for reducing the burden of schizophrenia in Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Copenhagen, supl.432, p. 29-38, 2006.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009, p. 297-395.

HOGERZEIL, H. V. et al. Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts? *The Lancet*, London, v. 368, p. 305 – 311, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de indicadores sociais*. Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2012. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2012/default.shtm>>. Acesso em: 13 jun. 2013.

JODELET, D. The representation of the body and its transformations. In: FARR, S.; MOSCOVICI, S. (Org.). *Social representation*. Cambridge: University Press, 1984. p. 211-238.

JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. (Org.). *Psicología Social II* (pensamiento y vida y problemas sociales). Barcelona: Paidós, 1988. p. 469-494.

KRAMER, A. C. O Poder Judiciário e as ações na área de saúde. *Revista de Doutrina TRF4*, Porto Alegre, n. 15, p. 01 -20, 2006. Disponível em: <<http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/>>. Acesso em: 28 ago. 2013.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 95-106, 2008.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *O discurso do sujeito coletivo*. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

_____. Pesquisa de representação social. *Um enfoque qualiquantitativo*. Brasília: Líber Livro Editora, 2010.

LEOPARDI, M. T. *Metodologia da Pesquisa na Saúde*. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA, I. M. S. O.; CORREIA, L. C. Sofrimento mental e os desafios do direito à saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 12, n.2, p. 139-160, 2012.

MACHADO, R. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1.639 – 1.648, ago. 2006.

MARQUES, C. L. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor – o novo regime das relações contratuais*. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

MARQUES, S. B. *A relação do sistema jurídico e do sistema político na garantia do direito social à assistência farmacêutica: o caso do estado de São Paulo*. 2005. 261 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 101-107, fev. 2007.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTINS, I. G. *O Estado do Futuro*. São Paulo: Pioneira, 1998.

MEDEIROS, M. B. de M. Interdição civil: uma exclusão oficializada? *Revista Virtual Textos & Contextos*, Porto Alegre, n. 5, p. 01-21, 2006.

Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1021/801>> Acesso em: 05 jun. 2013.

MELLO, C. A. B. de. *Curso de Direito Administrativo*. 19. ed. São Paulo: Malheiros, 2005, p. 62-63.

MELLO, R. M.; SCHNEIDER, J. F. A família e a internação psiquiátrica em hospital geral. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 32, n.2, p. 226-233, 2011.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUÍZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.525-534, 2005.

MILAN, S. G.; TREZ, G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE Eletrônica*, v.4, n. 2, p. 1-21, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v4n2/v4n2a02.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2013.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

_____.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, jan./mar. 1998.

MORAES, M. C. B. *Danos à pessoa humana: uma leitura civil-constitucional dos danos morais*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 43-50, 2003.

MOSCOVICI, S. On social representations. In: FORGAS, J. P. (Org.). *Social cognition: perspective on everyday understanding*. New York: Academic Press, 1986.

_____. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

NUSSBAUM, M. *Women and human development: the capabilities approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

OLIVEIRA, S. L. D. *Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografia, dissertações e teses*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

OLSCHOWSKY, A. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.43, n.4, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400007>. Acesso em: 28 ago. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação*. Cuidar, sim – excluir, não. 2005. Disponível em: http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf>. Acesso em: 06 set. 2013.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Declaração de Caracas*. 1990. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 08 set. 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe sobre la salud en el mundo 2001*. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Francia: Sadag, 2001.

_____. *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2010.

ORGANIZATION OF AMERICAN STATES. *Protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos*,

sociales y culturales "protocolo de San Salvador". San Salvador, 1988. Disponível em: <<http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>>. Acesso em: 20 maio 2013.

ORNELAS, J. et al. *Participação e empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares*. Lisboa: AEIPS, 2005.

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, maio/ago. 2004.

PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da Saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2.405 – 2.414. 2010.

PEREIRA, C. A. G. *Usuários de serviços públicos: usuários, consumidores e os aspectos econômicos dos serviços públicos*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008. p.319.

PEREIRA, M. A. O. Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 7, n. 12, p. 71-82, 2003.

PEREIRA, J. R. et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde nos anos de 2003 e 2004. *Cienc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, p.3.551-3.560, 2010. Suplemento 3.

PINHEIRO, G. H. de A. O devido processo legal de internação psiquiátrica involuntária na ordem jurídica constitucional brasileira. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 125-138, 2012.

PITTA, A.M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Cienc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4.579-4.589, 2011.

PORTUGAL, H. H. A.; REIS, A. F. S. A dignidade da pessoa humana e a liberdade de estabelecimento no Mercosul: conjugando dois princípios. In: RIBEIRO, M. F.; MAZZUOLI, V. O. *O direito internacional dos direitos humanos*. Curitiba: Juruá, 2004. p. 183 – 198.

PRATTA, E. M.M.; SANTOS, M. A. dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, abr./jun. 2009.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N. R. (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 1987. p. 15-73.

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 maio 2011.

REUNIÃO DO COMITÊ EXECUTIVO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2012, Ribeirão Preto. *Ata da reunião ordinária do Comitê Executivo de Saúde do Estado de São Paulo, do Conselho Nacional de Justiça...*Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2012.

RIGONATTI, S. P.; SERAFIM, A. P.; BARROS, E. L. *Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica*. São Paulo: Editora Vetor, 2003.

ROMERO, L. C. A jurisprudência do Tribunal de Justiça do Distrito Federal em ações de medicamentos. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 11-59, 2010.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.17-59.

RUBARTH, E. O. *A diplomacia brasileira e os temas sociais: o caso da saúde*. Brasília, 1999. Disponível em: < <http://www.funag.gov.br/biblioteca/dmdocuments/0021.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2013.

SADER, E.; GENTILI, P.; BORÓN, A. (Org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado Democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SALVATORI, R. T. Os desafios da educação e da profissão docente. *De littera et scientia*, São Paulo, v. 8, n.1, p. 123 – 127, 2011.

_____; 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, 2012a.

_____; _____. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. *Organizações & Sociedade*, Salvador, v.19, n.62, p. 471-487, 2012b.

_____; _____. Internamentos não voluntários civis por razão de transtorno psíquico na Catalunha: uma análise das decisões judiciais à luz da bioética. *Physis Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 531-552, 2013.

_____; _____. GANDINI, J. A. D. Protocolo de acesso aos bens de saúde por via judicial no Sistema de Saúde Suplementar. In: SANTOS, J. S. dos et al. (Org.). *Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p- 211 -223.

SANTOS, B. de S. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Cienc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p. 1.431-1.440, 2008.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. de. Vinte anos de SUS: o sistema de saúde no Brasil no século XXI. *Boletim de Direito Administrativo*, São Paulo, n. 7, p. 778-792, 2009.

SBANO, A. *Internação compulsória de viciados, prisão ilegal ou proteção?* 2011. Disponível em: < <http://anamages.org.br/web/artigos/internacao-compulsoria-de-viciados-prisao-ilegal-ou-protecao/>>. Acesso em: 04 ago. 2011.

SCHEFFER, M. *Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no estado de São Paulo*. 2006. 212 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SCHRECKER, T. et al. Advancing health equity in the global marketplace: how human rights can help. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 71, p. 1.520 -1.526, 2010.

SCISLESKI, A. C. C.; MARASCHIN, C. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 3, p. 457-465, jul./set. 2008.

SESTELO, J. A. de F.; SOUZA, L. E. P. F. de; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 851-866, 2013.

SILVA, A. F. da et al. Análise da judicialização da saúde pública no Espírito Santo. *Revista da SJRJ*, Rio de Janeiro, v.19, n.35, p.75 -90, 2013.

SILVA, J. A. *Aplicabilidade das normas constitucionais*. 5. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

SILVA, P. F. da; COSTA, N. do R. Saúde mental e os planos de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4.653-4.664, 2011.

SIMON, A. G.; BAPTISTA, T. W. de F. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n.11, p. 2.227-2.241, 2011.

SISSON, M. C. et al. Users' satisfaction with the use of public and private health services within therapeutic Itineraries in southern Brazil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.15, n.36, p.123-36, 2011.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n.3, p. 637-644, 2010.

SOMERS, M. *Genealogies of citizenship: markets, statelessness, and the right to have rights*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

SOUZA, J. de; KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, Ribeirão Preto, v.3, n. 2, p. 1-16, 2007. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S180669762007000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 mar. 2012.

SOUZA, M. A. S. L. de. As novas configurações do trabalho em saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 334 - 344, 2010.

SOUZA, M. H. S. C. et al. A intervenção do poder judiciário no setor de saúde suplementar - tutelas antecipadas como instrumento de garantia da assistência à saúde no Brasil. *Divulg. saúde debate*, Londrina, n. 37, p.44-60, jan. 2007.

SOUZA, T. T. et al. Evaluation of adherence to treatment by patients seen in a psychosocial care center in northeastern Brazil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 787 -795, 2011.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 117-145.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory*. 2. ed. California: SAGE, 1998.

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

SURJUS, L. T. de L. e S.; CAMPOS, R. O. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas-SP. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 122-133, 2011.

TEMER, M. *Elementos de direito constitucional*. 15. ed. São Paulo: Malheiros, 1999.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

THEODORO JÚNIOR, H. *Curso de Direito Processual Civil*. v. 1. 45. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

TRETTEL, D. B. *Planos de saúde na Justiça: o direito à saúde está sendo efetivado? Estudo do posicionamento dos Tribunais Superiores na análise dos conflitos entre usuários e operadoras de planos de saúde*. 2009. 154 f. Dissertação (Mestrado em Direito)-Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

TSU, T. *A internação psiquiátrica e o drama das famílias*. São Paulo: EDUSP, 1993.

UNITED NATIONS. *Financial crisis must not lessen obligation to fight poverty warns un expert on human rights and extreme poverty*. 2008. Disponível em: <<http://www.unhcr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/C01B6749DDCB11CBC12574E50028062D?opendocument>>. Acesso em: 22 maio 2013.

_____. *General Guidelines for consumer protection*. 1985. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/21426-21427-1-PB.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

_____. *The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care*. 1991. Disponível em: < <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Principles of Drug Dependence*. [S.l.].2008.Disponível em: <<https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>> . Acesso em: 28 ago. 2013.

_____. *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.

VENTURA, C. A.A. Saúde mental e direitos humanos: o processo de construção da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais. 2011. 199 f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

VENTURA, M. et al. Judicialização da Saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 77-100, 2010.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA-FILHO, N da. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, p. S217-S226, 2009. Suplemento 2.

VILARINHO, P. F. *A formação do campo da saúde suplementar no Brasil*. 2003. 152 p. Dissertação (Mestrado).- Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2003.

WAIDMAN, M. A. P. *O trabalho de cuidado à família de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização*. 2004. 277p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, New York, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global status report 2011 on alcohol and health*. Report. Geneva, 2011. Disponível em:<http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html>. Acesso em: 30 mar. 2012.

_____. *Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges*. Copenhagen, 2008.

ZARIAS, A. *Entre a "loucura" e o "necessário discernimento" na interdição civil: comentários ao Projeto de Lei 2439/07*. In: Encontro Anual da Anpocs, 33., 2009, Caxambu. GT 37: Sociologia e Direito: explorando as interseções. Disponível em: <http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2176&Itemid=229>. Acesso em: 05 jun. 2013.

ZARIAS, A. *Negócio público e interesses privados: a interdição civil e os dramas de família*. São Paulo: Hucitec;Anpocs, 2005.

GLOSSÁRIO JURÍDICO

Ação - ato preliminar da formação do processo.

Acórdão – julgamento proferido pelos órgãos colegiados (turma de magistrados) dos tribunais.

Agravo de instrumento - recurso utilizado para questionar decisões intermediárias, ou seja, aquelas que não irão suspender ou encerrar o processo.

Apelação – recurso interposto contra a sentença em que a(s) parte(s) pede(m) o reexame de uma decisão, a fim de se obter a sua reforma, sua modificação ou sua invalidação.

Apelado – a parte contra quem se apela.

Apelante - parte que recorre da decisão de uma sentença.

Estado Democrático de Direito – É um Estado que se propõe a respeitar e a garantir as liberdades civis e os direitos humanos fundamentais de seus cidadãos, por meio do estabelecimento de uma proteção jurídica. É um Estado no qual a sociedade é dotada de soberania e voltada para o bem comum. O Estado de Direito é assim ligado ao respeito da hierarquia das normas, da separação dos poderes e dos direitos fundamentais.

Interdito – pessoa interditada judicialmente.

Jurisprudência – conjunto das decisões e interpretações das leis pelos tribunais acerca de um mesmo assunto formando um entendimento comum. É formada por decisões uniformes e reiteradas dos tribunais.

Liminar - decisão judicial provisória, proferida na 1ª e na 2ª Instâncias de jurisdição, geralmente concedida em ação cautelar, tutela antecipada e mandado de segurança.

Polo ativo – Pessoa, órgão ou entidade que propõe a ação judicial. É a parte que invoca o direito.

Polo passivo – Pessoa, órgão ou entidade que sofre a ação judicial. É a parte contra quem se invoca um direito.

Primeira Instância- primeiro órgão da Justiça ao qual o cidadão deverá dirigir um pedido de solução de conflito.

Segunda Instância – segundo órgão da Justiça ao qual o cidadão poderá recorrer de decisão proferida em 1ª Instância.

Sentença – ato do juiz que implica alguma das situações previstas nos artigos 267 e 269 do Código de Processo Civil. Decisão do juiz que põe fim a um processo na 1ª Instância, mas sobre a qual ainda cabe recurso ao Tribunal de 2ª Instância.

Sub judice – Ação sob apreciação judicial, que ainda está sob julgamento.

Tutela antecipada - ato do juiz, por meio de decisão interlocutória, que adianta ao postulante, total ou parcialmente, os efeitos do julgamento de mérito, quer em 1^a Instância, quer em sede de recurso.

APÊNDICE A – Protocolo de registro de dados 1

1 - Número do acórdão	
2 – Comarca	
3- Data da decisão de 2 ^a Instância	
4 – Decisão de 1 ^a Instância	☐ favorável à internação psiquiátrica ☐ desfavorável à internação psiquiátrica ☐ extinção do processo ☐ não informado ☐ outros
5 - Decisão de 1 ^a Instância	☐ procedente ☐ improcedente ☐ parcialmente procedente_____
6- Antecipação de tutela	concedida ☐ sim ☐ não ☐ não informado
7- Apelante	☐ usuário ☐ mãe ☐ pai ☐ curador ☐ irmão ☐ Secretário Municipal de Saúde ☐ Município de _____ ☐ Fazenda Pública do Estado de São Paulo ☐ Secretário Estadual da Saúde ☐ Ministério Público ☐ outros _____ ☐ não informado
8 - Apelado	☐ usuário ☐ mãe ☐ pai ☐ curador ☐ irmão ☐ Secretário Municipal de Saúde ☐ Município de _____ ☐ Fazenda Pública do Estado de São Paulo ☐ Secretário Estadual da Saúde ☐ Ministério Público ☐ juízo ☐ outros _____ ☐ não informado
9- Demanda citada no acórdão	☐ internação psiquiátrica para tratamento de transtorno mental ☐ internação psiquiátrica para tratamento de dependência química - álcool ☐ internação psiquiátrica para tratamento de dependência química - drogas

	☐ internação psiquiátrica para tratamento de crack ☐ internação psiquiátrica para tratamento de dependência química - álcool e drogas ☐ internação psiquiátrica para tratamento de dependência química – álcool, drogas e transtorno mental ☐ custeio de internação psiquiátrica para tratamento de transtorno mental ☐ custeio de internação psiquiátrica para tratamento de dependência química - álcool ☐ custeio de internação psiquiátrica para tratamento de dependência química - drogas ☐ custeio de internação psiquiátrica para tratamento de crack ☐ custeio de internação psiquiátrica para tratamento de dependência química - álcool e drogas ☐ custeio de internação psiquiátrica para tratamento de dependência química – álcool, drogas e transtorno mental ☐ reembolso de despesas com internação psiquiátrica para tratamento de transtorno mental ☐ reembolso de despesas com internação psiquiátrica para tratamento de dependência química – álcool ☐ reembolso de despesas com internação psiquiátrica para tratamento de dependência química - drogas ☐ reembolso de despesas com internação psiquiátrica para tratamento de crack ☐ reembolso de despesas com internação psiquiátrica para tratamento de dependência química - álcool e drogas ☐ reembolso de despesas com internação psiquiátrica para tratamento de dependência química – álcool, drogas e transtorno mental ☐ outras _____
10- Situação de saúde citada no acórdão	☐ _____ ☐ transtorno psiquiátrico não especificado
11- Sexo do sujeito a ser internado	☐ masculino ☐ feminino ☐ não informado
12 – Idade do sujeito a ser internado	☐ _____ ☐ não informado
13- Argumentos apresentados pelo apelante	

14 -Argumentos apresentados pelo apelado	
15 -Decisão de 2ª Instância	☐ favorável à internação psiquiátrica ☐ desfavorável à internação psiquiátrica ☐ retorno do processo para 1º Instância para prosseguimento do feito ☐ extinção do processo ☐ conversão em diligências ☐ outros
16 - Decisão de 2ª Instância	☐ decisão mantida (recurso improvido) ☐ decisão totalmente reformada (recurso provido) ☐ decisão parcialmente reformada ☐ retorno do processo para 1º Instância para prosseguimento do feito ☐ extinção do processo ☐ outros
17- Argumentos (discurso) dos Juízes/Desembargadores	
18 - Principais legislações citadas no acórdão	
19 -Indenização por danos morais	☐ concedida ou mantida ☐ não concedida ou afastada ☐ não solicitada ou não informado
20 - Interdição	☐ usuário previamente interditado ☐ solicitação de interdição concomitante ☐ não solicitado ou não informado
21- Informação sobre existência de relatório médico indicando internação?	☐ sim ☐ não ☐ não informado

APÊNDICE B – Protocolo de registro de dados 2

1 - Número do Acórdão	
2 – Comarca	
3- Data da decisão 2ª Instância	
4- Decisão de 1ª Instância	☐ favorável à internação psiquiátrica ☐ desfavorável à internação psiquiátrica ☐ extinção do processo ☐ não informado ☐ outros _____
5- Decisão de 1ª Instância	☐ procedente ☐ improcedente ☐ parcialmente procedente _____
6- Antecipação de tutela	concedida ☐ sim ☐ não ☐ não informado
7- Apelante	☐ beneficiário ☐ operadora (nome) _____ ☐ outros _____
8 – Apelado	☐ beneficiário ☐ operadora (nome) _____ ☐ outros _____
9 - Segmentação da operadora	☐ medicina de grupo ☐ cooperativa médica ☐ filantrópica ☐ autogestão ☐ outros _____
10 - Data de contratação do plano de saúde	☐ anterior a 02 - 01 - 1999 ☐ posterior a 02- 01 - 1999 ☐ não informado
11- Tipo de contratação do plano de saúde	☐ individual ☐ coletivo por adesão ☐ coletivo empresarial ☐ coletivo não especificado ☐ não informado
12- Segmentação do plano contratado	☐ ambulatorial ☐ ambulatorial e hospitalar ☐ não informado
13 – Demanda citada no acórdão	☐ internação psiquiátrica para tratamento de transtorno mental ☐ internação psiquiátrica para tratamento de dependência química - álcool ☐ internação psiquiátrica para tratamento de dependência química - drogas ☐ internação psiquiátrica para tratamento de crack

	☐ internação psiquiátrica para tratamento de dependência química - álcool e drogas ☐ internação psiquiátrica para tratamento de dependência química – álcool, drogas e transtorno mental ☐ custeio de internação psiquiátrica para tratamento de transtorno mental ☐ custeio de internação psiquiátrica para tratamento de dependência química - álcool ☐ custeio de internação psiquiátrica para tratamento de dependência química - drogas ☐ custeio de internação psiquiátrica para tratamento de crack ☐ custeio de internação psiquiátrica para tratamento de dependência química - álcool e drogas ☐ custeio de internação psiquiátrica para tratamento de dependência química – álcool, drogas e transtorno mental ☐ reembolso de despesas com internação psiquiátrica para tratamento de transtorno mental ☐ reembolso de despesas com internação psiquiátrica para tratamento de dependência química – álcool ☐ reembolso de despesas com internação psiquiátrica para tratamento de dependência química – drogas ☐ reembolso de despesas com internação psiquiátrica para tratamento de crack ☐ reembolso de despesas com internação psiquiátrica para tratamento de dependência química - álcool e drogas ☐ reembolso de despesas com internação psiquiátrica para tratamento de dependência química – álcool, drogas e transtorno mental ☐ outros
14 - Situação de saúde citada no acórdão	☐ _____ ☐ Transtorno psiquiátrico não especificado
15 -Sexo do sujeito a ser internado	☐ masculino ☐ feminino ☐ não informado
16 –Idade do sujeito a ser internado	
17 - Argumentos apresentados pelo apelante	
18 - Argumentos apresentados pelo	

apelado	
19 - Decisão de 2ª Instância	☐ favorável à internação psiquiátrica ☐ desfavorável à internação psiquiátrica ☐ retorno do processo para 1º Instância para prosseguimento do feito ☐ outros _____
20 -Decisão de 2ª Instância	☐ decisão mantida (recurso improvido) ☐ decisão totalmente reformada (recurso provido) ☐ decisão parcialmente reformada _____ ☐ retorno do processo para 1º Instância para prosseguimento do feito ☐ Outros
21 – Argumentos (discurso) do(s) Juízes/Desembargadores	
22 – Principais legislações citadas no acórdão	
23- Indenização por danos morais	☐ concedida ou mantida ☐ não concedida ou afastada ☐ não solicitada ou não informado
24- Interdição	☐ usuário previamente interditado ☐ solicitação de interdição concomitante ☐ não solicitado ou não informado
25- Informação sobre existência de relatório médico indicando internação?	☐ sim ☐ não ☐ não informado

APÊNDICE C –Acórdãos pesquisados referentes às internações psiquiátricas no Sistema Único de Saúde

Acórdãos de 2008 - Número dos recursos	Data de proferimento dos acórdãos
0165551-28.2006.8.26.0000	12/11/2008
9078000-17.2007.8.26.0000	04/03/2008
9143688-23.2007.8.26.0000	13/02/2008
Acórdãos de 2009 - Número dos recursos	
0064076-58.2008.8.26.0000	04/02/2009
0321013-70.2009.8.26.0000	25/11/2009
0378285-22.2009.8.26.0000	16/12/2009
9078375-18.2007.8.26.0000	10/02/2009
9089388-43.2009.8.26.0000	07/10/2009
Acórdãos de 2010 - Número dos recursos	
0001891-50.2009.8.26.0484	13/05/2010
0002374-92.2008.8.26.0168	14/09/2010
0004251-46.2009.8.26.0196	08/07/2010
0075230-44.2006.8.26.0000	26/05/2010
0277531-72.2009.8.26.0000	26/08/2010
0353525-09.2009.8.26.0000	29/03/2010
Acórdãos de 2011- Número dos recursos	
0000498-67.2010.8.26.0060	15/03/2011
0000547-65.2010.8.26.0236	09/02/2011
0000612-18.2010.8.26.0638	22/02/2011
0000635-29.2009.8.26.0466	30/08/2011
0000689-15.2010.8.26.0060	29/03/2011
0000761-36.2010.8.26.0275	10/08/2011
0000998-36.2010.8.26.0060	10/10/2011
0001059-56.2010.8.26.0201	06/12/2011

0001234-16.2010.8.26.0374	14/09/2011
0001424-76.2010.8.26.0374	14/09/2011
0001578-94.2010.8.26.0374	18/10/2011
0002224-28.2010.8.26.0464	05/07/2011
0002324-59.2010.8.26.0374	31/08/2011
0002849-44.2010.8.26.0664	05/10/2011
0003615-57.2010.8.26.0160	29/11/2011
0004037-21.2009.8.26.0272	27/04/2011
0004756-85.2010.8.26.0201	30/03/2011
0007899-19.2009.8.26.0201	31/05/2011
0008743-32.2010.8.26.0201	15/05/2011
0010528-69.2008.8.26.0566	07/02/2011
0010802-11.2009.8.26.0659	02/06/2011
0012059-75.2009.8.26.0302	1 ^º /04/2011
0017578-15.2009.8.26.0566	04/10/2011
0019406-55.2010.8.26.0196	29/11/2011
0039131-51.2009.8.26.0071	19/04/2011
0042361-04.2009.8.26.0071	28/04/2011
0050555-28.2011.8.26.0651	04/10/2011
0059945-76.2010.8.26.0224	13/06/2011
0134574-82.2008.8.26.0000	10/08/2011
9000156-54.2009.8.26.0506	13/09/2011
9145413-47.2007.8.26.0000	05/10/2011

Acórdãos de 2012 - Número dos recursos

0000009-24.2011.8.26.0374	21/05/2012
0000283-80.2011.8.26.0408	24/05/2012
0000310-04.2011.8.26.0363	18/04/2012
0000777-89.2011.8.26.0360	12/11/2012
0000837-72.2011.8.26.0486	27/11/2012
0000930-17.2011.8.26.0201	04/12/2012
0001459-85.2010.8.26.0196	08/05/2012
0001673-62.2011.8.26.0060	15/10/2012

0001755-33.2010.8.26.0156	17/04/2012
0001950-41.2011.8.26.0137	08/05/2012
0003066-22.2010.8.26.0136	21/05/2012
0003082-25.2011.8.26.0464	26/09/2012
0003206-61.2010.8.26.0296	21/08/2012
0003272-42.2011.8.26.0058	18/12/2012
0003355-19.2011.8.26.0168	30/10/2012
0003502-51.2010.8.26.0242	05/03/2012
0003871-71.2010.8.26.0201	09/05/2012
0004409-07.2011.8.26.0431	06/06/2012
0004670-29.2011.8.26.0218	29/08/2012
0004751-37.2010.8.26.0242	22/08/2012
0004815-46.2008.8.26.0168	30/10/2012
0006016-27.2011.8.26.0408	20/03/2012
0007048-90.2011.8.26.0368	17/12/2012
0007081-49.2011.8.26.0637	08/05/2012
0007157-41.2010.8.26.0368	19/09/2012
0007532-71.2011.8.26.0541	08/05/2012
0008088-48.2010.8.26.0302	19/06/2012
0008995-98.2011.8.26.0201	05/09/2012
0009939-77.2011.8.26.0047	12/11/2012
0011642-61.2010.8.26.0408	31/05/2012
0011866-77.2009.8.26.0361	16/04/2012
0012645-15.2009.8.26.0302	19/09/2012
0013308-30.2011.8.26.0322	16/10/2012
0013600-05.2009.8.26.0445	21/05/2012
0014066-77.2011.8.26.0073	03/10/2012
0016128-10.2011.8.26.0132	27/08/2012
0025679-65.2011.8.26.0309	12/07/2012
0026746-57.2011.8.26.0053	13/02/2012
0027399-23.2008.8.26.0196	14/08/2012
0028050-41.2011.8.26.0005	31/07/2012
0034929-24.2008.8.26.0602	28/11/2012

APÊNDICE D – Comarcas citadas

Tabela 26– Comarcas de origem das ações judiciais de internação psiquiátrica referentes ao Sistema Único de Saúde e ao Sistema de Saúde Suplementar

Comarcas	(continua)			
	Sistema Único de Saúde		Sistema de Saúde Suplementar	
	n	%	n	%
Garça	7	7,3		
Franca	5	5,2		
Morro Agudo	5	5,2		
Auriflama	4	4,2		
São Paulo	4	4,2	40	45,5
Ourinhos	3	3,1		
Dracena	3	3,1		
Jaú	3	3,1		
Araçatuba	3	3,1		
Votuporanga	3	3,1		
Guarulhos	2	2,1	1	1,1
Ribeirão Preto	2	2,1	2	2,3
Quatá	2	2,1		
Pompeia	2	2,1		
Igarapava	2	2,1		
Monte Alto	2	2,1		
Tupã	2	2,1		
Lins	2	2,1		
Valparaíso	2	2,1		
São Carlos	2	2,1		
Bauru	2	2,1		
Promissão	2	2,1		
São José do Rio Preto	1	1,0	7	8,0
Cruzeiro	1	1,0	1	1,1
Marília	1	1,0	4	4,5
Jundiaí	1	1,0	2	2,3
Campinas	1	1,0	3	3,4
Assis	1	1,0		
Mogi-Mirim	1	1,0		
Mococa	1	1,0		
Cerquilha	1	1,0		
Cerqueira César	1	1,0		
Jaguariúna	1	1,0		
Agudos	1	1,0		
Pederneiras	1	1,0		
Guararapes	1	1,0		
Santa Fé do Sul	1	1,0		

(conclusão)

Comarcas	Sistema Único de Saúde		Sistema de Saúde Suplementar	
	n	%	n	%
Mogi das Cruzes	1	1,0		
Avaré	1	1,0		
Catanduva	1	1,0		
Sorocaba	1	1,0		
Araraquara	1	1,0		
Ituverava	1	1,0		
Ibitinga	1	1,0		
Tupi Paulista	1	1,0		
Pontal	1	1,0		
Itaporanga	1	1,0		
Descalvado	1	1,0		
Itapira	1	1,0		
Vinhedo	1	1,0		
Ibiúna	1	1,0		
Botucatu	1	1,0		
Itanhaém	1	1,0		
Pitangueiras	1	1,0		
Santo André			4	4,5
Cotia			2	2,3
São José dos Campos			2	2,3
São Bernardo do Campo			2	2,3
Atibaia			2	2,3
Americana			1	1,1
Bariri			1	1,1
Santa Cruz do Rio Pardo			1	1,1
Mogi-Guaçu			1	1,1
São Vicente			1	1,1
Piracicaba			1	1,1
Barueri			1	1,1
Osasco			1	1,1
Itapeçerica da Serra			1	1,1
Carvalho			1	1,1
Santa Rita do Passa Quatro			1	1,1
Diadema			1	1,1
Santos			1	1,1
Nuporanga			1	1,1
Pirassununga			1	1,1
Itápolis			1	1,1
Total	96	100	88	100

APÊNDICE E – Municípios que figuraram como polo passivo nos acórdãos relativos à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde

Prefeitura Municipal de Sales Oliveira
Prefeitura Municipal de Morro Agudo
Prefeitura Municipal de Mogi-Mirim
Prefeitura Municipal de Auriflama
Prefeitura Municipal de Águas de Santa Bárbara
Prefeitura Municipal de Igarapava
Prefeitura Municipal de Garça
Prefeitura Municipal de Monte Alto
Prefeitura Municipal de Assis
Prefeitura Municipal de Mogi das Cruzes
Prefeitura Municipal de Pindamonhangaba
Prefeitura Municipal da Estância Turística de Avaré
Prefeitura Municipal de Catanduva
Prefeitura Municipal de São Paulo
Prefeitura Municipal de Araraquara
Prefeitura do Município de Votuporanga
Prefeitura Municipal de Quatá
Municipalidade de Itapira
Prefeitura Municipal de Alvinlândia
Prefeitura Municipal de São Carlos
Prefeitura Municipal de Vinhedo
Prefeitura Municipal de Jaú
Prefeitura Municipal de Guarulhos
Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto
Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos

APÊNDICE F - Acórdãos pesquisados referentes às internações psiquiátricas no Sistema de Saúde Suplementar

Acórdãos de 2008 – Número dos recursos	Data de proferimento dos acórdãos
0117203-08.2008.8.26.0000	08/04/2008
9147093-33.2008.8.26.0000	28/08/2008
Acórdãos de 2009 - Número dos recursos	
9124656-32.2007.8.26.0000	07/10/2009
9183488-87.2009.8.26.0000	02/04/2009
9278601-05.2008.8.26.0000	04/03/2009
Acórdãos de 2010 - Número dos recursos	
0002185-09.2008.8.26.0397	06/12/2010
0002196-47.2010.8.26.0048	15/09/2010
0049540-59.2006.8.26.0114	15/04/2010
0112836-29.2008.8.26.0100	16/06/2010
0120012-44.2008.8.26.0008	26/08/2010
0128376-83.2009.8.26.0100	29/06/2010
0137846-84.2008.8.26.0000	22/06/2010
0167320-57.2009.8.26.0100	08/04/2010
0323319-75.2010.8.26.0000	23/09/2010
9079884-81.2007.8.26.0000	05/08/2010
9110918-11.2006.8.26.0000	16/06/2010
9175480-24.2009.8.26.0000	04/03/2010
9192772-27.2006.8.26.0000	27/05/2010
9222634-09.2007.8.26.0000	06/05/2010
Acórdãos de 2011 - Número dos recursos	
0009767-48.2010.8.26.0152	14/12/2011
0025586-02.2008.8.26.0344	15/12/2011
0031359-58.2009.8.26.0161	25/10/2011

0044895-55.2009.8.26.0576	09/08/2011
0047656-04.2009.8.26.0562	19/07/2011
0125360-38.2006.8.26.0000	04/10/2011
0130632-13.2006.8.26.0000	04/10/2011
0195103-24.2009.8.26.0100	07/12/2011
0210211-59.2010.8.26.0100	31/05/2011
0260202-09.2007.8.26.0100	03/05/2011
0316790-74.2009.8.26.0000	09/08/2011
9068567-86.2007.8.26.0000	17/05/2011
9124320-28.2007.8.26.0000	12/07/2011
9194687-43.2008.8.26.0000	13/09/2011
0026430-64.2009.8.26.0554	15/06/2011

Acórdãos de 2012 - Número dos recursos

0000611-67.2011.8.26.0001	12/06/2012
0001240-50.2012.8.26.0019	07/11/2012
0004259-76.2011.8.26.0576	08/05/2012
0004328-35.2010.8.26.0062	06/11/2012
0005078-03.2006.8.26.0539	23/10/2012
0006551-94.2011.8.26.0362	28/11/2012
0008716-25.2009.8.26.0576	27/11/2012
0008761-91.2010.8.26.0156	23/05/2012
0010879-83.2011.8.26.0001	05/12/2012
0013605-62.2011.8.26.0152	27/09/2012
0014584-10.2011.8.26.0577	03/04/2012
0016276-98.2010.8.26.0344	27/06/2012
0016559-70.2011.8.26.0576	17/04/2012
0017778-13.2010.8.26.0590	18/10/2012
0018448-90.2010.8.26.0577	13/12/2012
0020261-11.2011.8.26.0451	02/10/2012
0020562-42.2008.8.26.0554	26/09/2012
0022607-07.2010.8.26.0309	09/10/2012
0023379-97.2010.8.26.0008	14/02/2012

0024907-20.2009.8.26.0068	26/09/2012
0025641-04.2011.8.26.0002	27/11/2012
0027751-36.2011.8.26.0564	27/09/2012
0030013-30.2010.8.26.0002	06/09/2012
0035266-86.2011.8.26.0576	27/09/2012
0042909-26.2011.8.26.0405	31/07/2012
0044762-15.2010.8.26.0564	06/11/2012
0071772-21.2009.8.26.0224	25/09/2012
0102782-67.2009.8.26.0100	25/09/2012
0126946-42.2008.8.26.0000	21/09/2012
0128903-98.2010.8.26.0100	29/08/2012
0135623-81.2010.8.26.0100	29/08/2012
0150928-76.2008.8.26.0100	24/07/2012
0155074-58.2011.8.26.0100	19/09/2012
0182287-10.2009.8.26.0100	11/12/2012
0192593-04.2010.8.26.0100	21/08/2012
0199282-98.2009.8.26.0100	1 ^º /08/2012
0205331-24.2010.8.26.0100	24/01/2012
0208005-09.2009.8.26.0100	18/09/2012
0215596-22.2009.8.26.0100	26/06/2012
0225225-20.2009.8.26.0100	24/06/2012
0225226-05.2009.8.26.0100	02/10/2012
0293624-13.2009.8.26.0000	08/05/2012
0329766-16.2009.8.26.0000	05/06/2012
0342242-86.2009.8.26.0000	09/10/2012
9060707-63.2009.8.26.0000	03/07/2012
9061338-07.2009.8.26.0000	14/08/2012
9075902-59.2007.8.26.0000	14/02/2012
9089556-45.2009.8.26.0000	09/10/2012
9108405-65.2009.8.26.0000	19/06/2012
9138225-32.2009.8.26.0000	18/09/2012
9154381-95.2009.8.26.0000	20/06/2012
9159778-38.2009.8.26.0000	09/05/2012

9192325-68.2008.8.26.0000
9278927-62.2008.8.26.0000

04/09/2012
22/05/2012

APÊNDICE G – Operadoras citadas

Tabela 27– Operadoras de planos de saúde citadas nos acórdãos sobre internação psiquiátrica, proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, 2008 – 2012

(continua)		
Operadoras	n	%
Amil Assistência Médica Internacional	10	11,4
Unimed Paulistana - Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico	8	9,1
Medial Saúde S/A	7	8,0
Sul América Seguro Saúde S/A	5	5,7
Unimed Campinas – Cooperativa de Trabalho Médico	4	4,5
Crusam – Cruzeiro do Sul Serviços de Assistência Médica S/A	4	4,5
HB Saúde S/A	3	3,4
Unimed de Marília – Cooperativa de Trabalho Médico	3	3,4
Caixa Beneficente dos Funcionários do Banco do estado de São Paulo	3	3,4
Unimed do estado de São Paulo - Federação Estadual das Cooperativas Médicas	3	3,4
Amico Saúde Ltda.	3	3,4
Unimed de Ribeirão Preto - Cooperativa de Trabalho Médico	3	3,4
Bensaúde - Plano de Assistência Médico-Hospitalar Ltda.	2	2,3
Unimed de Jundiaí – Cooperativa de Trabalho Médico	2	2,3
Pró-Saúde Planos de Saúde Ltda.	2	2,3
Intermédica Sistema de Saúde	2	2,3
Prevent Senior Private Operadora de Plano de Saúde Ltda.	1	1,1
São Lucas Saúde S/A	1	1,1
Unimed de Jaú – Cooperativa de Trabalho Médico	1	1,1
Unimed Regional da Baixa Mogiana – Cooperativa de Trabalho Médico	1	1,1
Unimed Cruzeiro – Cooperativa de Trabalho Médico	1	1,1
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São José dos Campos	1	1,1
Austaclínicas - Assistência Médica e Hospitalar Ltda	1	1,1
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos	1	1,1
Unimed São José dos Campos	1	1,1
Unimed de Piracicaba – Cooperativa de Trabalho Médico	1	1,1
Santa Helena Assistência Médica S/A	1	1,1
Porto Seguro - Seguro Saúde S/A	1	1,1
Geap - Fundação de Seguridade Social	1	1,1
Unimed Goiânia - Cooperativa de Trabalho Médico	1	1,1
Unimed de Londrina - Cooperativa de Trabalho Médico	1	1,1
Unimed São José do Rio Preto - Cooperativa de Trabalho Médico	1	1,1
Samcil Serviços de Assistência Médica	1	1,1
Unimed Santa Rita, Santa Rosa e São Simão	1	1,1
Unimed Vale do São Francisco - Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.	1	1,1

(conclusão)

Operadoras	n	%
Greenline Sistema de Saúde SC Ltda.	1	1,1
Unimed de Guarulhos - Cooperativa de Trabalho Médico	1	1,1
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga	1	1,1
Centro Hospitalar Atibaia	1	1,1
Total	*87	98,9

*Nota: A entidade Associação dos Agentes Fiscais de Rendas do estado de São Paulo, considerada pelo acórdão como operadora de planos de saúde, não foi identificada no cadastro de operadoras de planos de saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar e, por este motivo, não integrou a lista de operadoras, resultando o total em um número menor que 88. Contudo, os conteúdos do acórdão que a citava foram considerados para fins de análise na presente pesquisa, tendo em vista que a referida entidade comercializou um contrato de plano de saúde.

APÊNDICE H – Pedido de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, Rachel Torres Salvatori, aluna do programa de doutorado em enfermagem psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, responsável pela pesquisa intitulada provisoriamente de “Internações psiquiátricas civis nos sistemas público e de saúde suplementar: as representações sociais do Tribunal de Justiça de São Paulo”, solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto a **dispensa** do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em razão de esta pesquisa envolver o levantamento e a manipulação de dados secundários, de acesso público pela Internet, e pela impossibilidade de contato com os sujeitos da pesquisa. Assumo, mediante este Termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletados nos acórdãos pesquisados, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos, em conformidade com o que prevê os termos da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Ribeirão Preto, 10 de janeiro de 2013.

APÊNDICE I – Carta ao Tribunal de Justiça de São Paulo

Jaboticabal, 10 de setembro de 2013.

A Sua Excelência o Senhor
Ivan Ricardo Garisio Sartori
Tribunal de Justiça de São Paulo
Gabinete Civil da Presidência
Palácio da Justiça, 5º andar, sala 516
Praça da Sé, S/N
São Paulo/SP
CEP 01018-010

Excelentíssimo Senhor Presidente do Tribunal de Justiça de São Paulo Ivan Ricardo Garisio Sartori:

Em atenção aos trabalhos desenvolvidos pelo Comitê Executivo de Saúde do Estado de São Paulo, do qual fui membro assessor, a convite de seu presidente, o Excelentíssimo Senhor João Agnaldo Donizeti Gandini, juiz de direito da Comarca de Ribeirão Preto, que, dentre outros temas, estudava a questão das internações psiquiátricas por via judicial, venho comunicar a conclusão de minha tese de doutorado, defendida junto ao programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, intitulada “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”, a qual apresenta um estudo da jurisprudência do referido tribunal, acumulada no período de 1998 a 2012, acerca das internações psiquiátricas compulsórias e não compulsórias, referentes aos sistemas público e de saúde suplementar, revelando os diferentes posicionamentos que esse atual e polêmico tema tem assumido junto aos membros desse Tribunal.

A tese pode ser acessada por meio do seguinte endereço eletrônico:
<http://www.teses.usp.br/>

Cordialmente,

Rachel Torres Salvatori
Especialista em Regulação de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar e aluna
do Programa de Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP

APÊNDICE J – Carta ao Conselho Nacional de Justiça

Jaboticabal, 10 de setembro de 2013.

A Sua Excelência o Senhor
Clenio Jair Schulze
Conselho Nacional de Justiça
Comitê Executivo Nacional
Sede: Supremo Tribunal Federal
Anexo I, Praça dos Três Poderes, S/N
Distrito Federal
CEP 70175-901

Excelentíssimo Senhor Presidente do Comitê Executivo Nacional Clenio Jair Schulze:

Em atenção aos trabalhos desenvolvidos pelo Comitê Executivo de Saúde do Estado de São Paulo, do qual fui membro assessor, a convite de seu presidente, o Excelentíssimo Senhor João Agnaldo Donizeti Gandini, juiz de direito da Comarca de Ribeirão Preto, que, dentre outros temas, estudava a questão das internações psiquiátricas por via judicial, venho comunicar a conclusão de minha tese de doutorado, defendida junto ao programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, intitulada “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”, a qual apresenta um estudo da jurisprudência do referido tribunal, acumulada no período de 1998 a 2012, acerca das internações psiquiátricas compulsórias e não compulsórias, referentes aos sistemas público e de saúde suplementar, revelando os diferentes posicionamentos que esse atual e polêmico tema tem assumido junto aos membros daquele Tribunal.

A tese pode ser acessada por meio do seguinte endereço eletrônico:
<http://www.teses.usp.br/>

Cordialmente,

Rachel Torres Salvatori
Especialista em Regulação de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar e aluna
do Programa de Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 073/2013

Ribeirão Preto, 20 de março de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 20 de março de 2013.

Protocolo CAAE: 12387413.4.0000.5393

Projeto: Internações psiquiátricas civis nos sistemas público e suplementar de saúde: as representações sociais do Tribunal de Justiça de São Paulo.

Pesquisadores: Carla Aparecida Arena Ventura
Rachel Torres Salvatori

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Carla Aparecida Arena Ventura

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP