

EXMO(A). SR(A). DR(A). DESEMBARGADOR(A) DO EGRÉGIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO.

PROCEDIMENTO ORDINÁRIO Nº. 566.01.2010.011209-2, C. 1.177/2010

Requerente: **LÚCIA DO NASCIMENTO ROCHA**

Requeridos: **MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS E OUTROS**

A FAZENDA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, por sua Procuradora, não se conformando, “data maxima venia”, com a r. decisão que concedeu a antecipação de tutela pretendida, nos autos em epígrafe, vem apresentar, observado o prazo legal, o presente AGRAVO DE INSTRUMENTO, requerendo seu recebimento, juntamente com as inclusas razões, para que ao final a ele seja dado provimento.

Requer a agravante seja determinada a SUSPENSÃO DOS EFEITOS DA DECISÃO AGRAVADA até julgamento do presente recurso, nos termos do artigo 558 do CPC, ante o risco de lesão grave e de difícil reparação.

Advogado da agravada: Doutor Rodrigo Emiliano Ferreira, OAB/SP 265.826, Defensoria Pública do Estado de São Paulo – Regional de São Carlos, Rua Bento Carlos, nº 1028, Centreville, CEP 13.560-660, São Carlos/SP

Advogada da agravante: Procuradora do Estado Doutora Raquel Cristina Marques Tobias, OAB/SP 185.529, com endereço na Rua São Joaquim, 1233, Centro, São Carlos – SP, CEP 13.560-300.

Requer que se determine a intimação em 2ª instância também à Procuradora do Estado Dra. Rosana Martins Kirschke, OAB/SP 120.139.

Acompanham o presente, cópia integral dos autos, cuja autenticidade se reconhece, mais os seguintes documentos, cuja autenticidade também se reconhece e que acompanharão a contestação a ser protocolada: Relatório de Saúde Mental da OMS; Diretrizes para uma política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, extraída da política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, de 2003; informações prestadas pela DRS de Araraquara; Lei 10.216/01; informações sobre o PNASH; Portaria 251/GM, de 31 de janeiro de 2002; informações sobre o Cairbar Schutel; Portaria 480, de 20 de setembro de 2010; ficha de estabelecimento da Via Saúde, extraída do “site” cnes. Datasus.Gov. Br; Resolução RDC 101, de 30 de

maio de 2001, Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002; Informações sobre o CAPS II e CAPS-AD de São Carlos; texto do professor Virgílio Afonso da Silva citado nas razões de agravo.

São os termos em que pede e espera deferimento.

Sao Carlos, 05 de outubro de 2010.

RAQUEL CRISTINA MARQUES TOBIAS

Procuradora do Estado

OAB Nº 185.529

MINUTA DE AGRAVO DE INSTRUMENTO

AÇÃO ORDINÁRIA – PROCESSO Nº 1177/2010

VARA DA FAZENDA PÚBLICA DA COMARCA DE SÃO CARLOS

Egrégio Tribunal

Colenda Câmara

Ínclitos Julgadores

Histórico do Processado

Cuida-se de ação intentada por Lúcia do Nascimento Rocha em face do filho, Luís Fernando da Rocha Junior, da FESP e da Municipalidade de São Carlos, objetivando sua internação em clínica especializada na desintoxicação de drogaditos por tempo indeterminado que não o Hospital Psiquiátrico Cairbar Schutel.

Afirma que a terapêutica disponibilizada pelo SUS para o tratamento do filho, que consiste, *in casu*, em internações no Hospital Cairbar Schutel durante os períodos de crise, seguido, com a sobrevivência de alta, de tratamento ambulatorial perante o CAPS II e CAPS - AD locais, seria inadequada.

Sustenta que o indicado seria o tratamento do requerido em clínicas especializadas, apontando como paradigmas a instituição privada Via Saúde e a Comunidade Terapêutica Saber Amar, ambas possuidoras de aparato suficiente a impedir a fuga de Luís, segundo afirma.

Foi concedida antecipação de tutela para autorizar a internação compulsória de Luís em estabelecimento especializado no tratamento do vício, que não o Hospital Cairbar Schutel, por tempo indeterminado, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00.

Desta decisão a FESP interpõe agravo de instrumento, pelas razões abaixo expostas.

Das Razões de Agravo

Da Ausência de Verossimilhança das Alegações

Indubitavelmente, falta verossimilhança às alegações da agravada.

Isto porque, conforme se argumentará, resta evidenciado, da análise dos autos, que o requerido adere ao tratamento disponibilizado pela Rede Pública para sua patologia, confirmando que a terapêutica disponibilizada pelo SUS para o tratamento dos drogaditos é plenamente satisfatória.

Com efeito, a política Nacional de Saúde Mental funda o tratamento do dependente químico num tripé formado pelo atendimento ambulatorial, participação da família e participação da sociedade no processo de cura, a par da imprescindível vontade do drogadito de deixar o vício.

Esta tríplice estruturação, fruto de um longo processo de desinstitucionalização do doente mental, vivenciado em nível nacional e internacional, se pauta no consenso mundial acerca da matéria, expresso pela Organização Mundial da Saúde no Relatório de Saúde Mental de 2001.

Assim, as internações dos dependentes químicos somente deverão ocorrer se estritamente necessárias à sua desintoxicação, pelo menor tempo possível (em regra trinta dias), e da maneira menos restritiva aos direitos do paciente.

Neste talante, se demonstrará que a pretensão da agravada, de substituir o tratamento ambulatorial do requerido pelo tratamento nosocomial (internação em instituição que conte com forte aparato de segurança), não só fere a legislação que disciplina o cuidado com o doente mental (notadamente a Lei 10.216/01), como está na contramão do que se entende como melhor para o dependente químico.

Outrossim, que o Hospital Cairbar Schutel, centro de referência no tratamento de doentes mentais local, está habilitado a cuidar de drogaditos, contando com estrutura física e humana para tanto, e programa específico de desintoxicação.

Por fim, se argumentará que esta instituição, por estar conveniada ao SUS, sofre rígido controle dos órgãos públicos de saúde, os quais, periodicamente, verificam a qualidade das terapêuticas lá disponibilizadas, ao contrário das entidades indicadas pela recorrida como referência para o tratamento do requerido (Via Saúde e Saber Amar Comunidade Terapêutica).

A – Da Política Pública de Saúde Mental no Brasil e no Mundo: Evolução Histórica

Conforme já dito, pretendeu a agravada, e obteve, a internação por prazo indeterminado do filho, sob o fundamento de que o tratamento oferecido pela rede pública de saúde para a mazela de Luís é inadequado.

Este tratamento, calcado no atendimento ambulatorial, reinserção do doente na comunidade, participação da família e da sociedade, é fruto da extensa reforma psiquiátrica pela qual passaram as políticas públicas de atendimento ao doente mental, a partir de 2001, no Brasil.

Cuida-se de fenômeno, em verdade, não adstrito ao nosso país. Ele chega ao Brasil após ampla discussão das diretrizes de diagnóstico, prevenção e tratamento dos doentes mentais (dentre os quais se incluem os drogaditos) em diversas esferas mundiais, notadamente a realizada pela Organização Mundial de Saúde, no ano de 2001, culminando com a edição de um Relatório Mundial da Saúde.

Pede-se vênia para acostar aos autos o Panorama Geral deste Relatório, na parte atinente à saúde mental. Na mensagem da Senhora Diretora-geral da OMS, Doutora Gro Harlem Brundtland, destaca-se o seguinte excerto:

“O Dia Mundial da Saúde 2001 teve por lema ‘Cuidar, sim. Excluir, não’. A sua mensagem era a de que não se justifica excluir da nossa comunidade as pessoas que têm doenças mentais ou perturbações cerebrais – há lugar para todos (...).

“O nosso apelo terá a adesão da Assembleia Geral das Nações Unidas, que celebra este ano o décimo aniversário dos direitos dos doentes mentais à proteção e assistência. Acredito que o Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 vem renovar a ênfase dada aos princípios proclamados, pela ONU, há uma década. O primeiro desses princípios é o de que não deverá existir discriminação por doenças mentais. Outro é o de que, na medida do possível, deve conceder-se a todo o doente o direito de ter os cuidados na sua própria comunidade. E o terceiro é o de que todo o doente deverá ter o direito de ser tratado de forma menos restrita e intrusiva, num ambiente o menos limitativo possível (destacado nosso)”.

Apenas para que não parem dúvidas sobre a inserção das drogadições no rol de doenças mentais e, como consequência, açambarcado pelas recomendações dadas pela OMS no Relatório Mundial de Saúde Mental (excerto também extraído da mensagem da Doutora Gro Harlem Brundtland):

“Esse relatório aborda as perturbações depressivas, a esquizofrenia, o atraso, as perturbações da infância e da adolescência, a dependência das drogas e do álcool, a doença de Alzheimer e a epilepsia. Todas essas perturbações são comuns, e todas causam grave incapacidade. A epilepsia, embora não seja uma doença mental, foi incluída porque enfrenta muitas vezes os mesmos estigmas, a mesma ignorância e o mesmo medo associado às doenças mentais (grifos nossos)”.

Confira-se, ainda, a página XXII deste Panorama Geral:

“Durante a segunda metade do século XX, ocorreu uma mudança no XX, ocorreu uma mudança no paradigma dos cuidados de saúde mental, devida, em grande parte, a três fatores independentes. Primeiro, registrou-se um progresso significativo na psicofarmacologia, com a descoberta de novas classes de medicamentos, especialmente agentes neurolépticos e antidepressivos, bem como o desenvolvimento de novas formas de intervenção psicossocial.

Segundo, o movimento dos direitos humanos transformou-se num fenômeno verdadeiramente internacional, sob a égide da recém-criada Organização das Nações Unidas, e a democracia fez avanços em todo o mundo. Em terceiro lugar, foi firmemente incorporado um elemento mental no conceito de saúde definido pela recém-criada OMS. Juntas, essas ocorrências estimularam o abandono dos cuidados em grandes instituições carcerárias a favor de um tratamento, mais aberto e flexível, na comunidade.

O malogro dos manicômios é evidenciado por repetidos casos de maus-tratos aos doentes, isolamento geográfico e profissional tanto das instituições quanto do seu pessoal, insuficiência dos procedimentos para notificação e prestação de contas, má administração e gestão ineficiente, má aplicação dos recursos financeiros, falta de formação do pessoal e procedimentos inadequados de inspeção e controle da qualidade.

Por outro lado, na perspectiva comunitária, o que procura é proporcionar bons cuidados e a emancipação das pessoas com perturbação mental e de comportamento. Na prática, a perspectiva comunitária implica o desenvolvimento de uma ampla gama de serviços, em contextos locais. Esse processo, que ainda não começou em muitas regiões e países, tem em vista assegurar que sejam proporcionadas integralmente algumas funções do asilo e que não sejam perpetuados os aspectos negativos das instituições”.

Percebe-se, portanto, uma mudança no paradigma de tratamento do doente mental (dentre o qual se inclui o dependente de drogas), deixando de coisificá-lo e de vê-lo como ser indesejado, passando a compreendê-lo como parte integrante de uma comunidade, devendo, como tal, por ela ser amparado.

Daí a ênfase no tratamento aberto do dependente químico, contando com a participação da sociedade e familiares, priorizando sua manutenção e reinserção no meio, ao invés de segregá-lo via internação, o que também foi possível face ao extraordinário desenvolvimento dos fármacos voltados ao tratamento das drogadições.

Na verdade, Excelências, a desinstitucionalização do dependente químico perpassa pela mudança do olhar que se lança ao mesmo. Antes, ele era visto como o pária, e a medida de internação a solução recomendada, muito mais para resolver os problemas da família (que não querem o doente por perto) do que do próprio paciente.

Hoje, ele é visto como titular de direitos, que deles não se despe em razão de sofrer de moléstia mental. Seu lugar no tecido social existe e deve ser mantido, e o tratamento é norteado, agora, segundo o que for melhor para ele, não pelo que é mais cômodo para a família.

Assim, se o mais adequado ao doente, de acordo com os médicos psiquiatras, é o tratamento aberto, mediante o uso de fármacos (cada vez mais evoluídos) e contando com equipe multidisciplinar no cuidar (psicólogos, médicos, assistentes sociais), instando-se, ainda, a comunidade e a família a participarem deste processo de recuperação do doente, é isto que lhe será oferecido.

O Ministério da Saúde editou diretrizes para uma política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, inspirada na III Conferência de Saúde

Mental realizada em 2001, a qual, por sua vez, cuidou de efetivar o quanto decidido no supracitado Relatório Mundial de Saúde elaborado pela OMS.

Neste talante, foi editada a Lei 10.216/01, que encampou a desinstitucionalização do doente mental (grupo no qual se insere o drogadito), promovendo a redução dos leitos hospitalares e buscando a reinserção do dependente químico na sociedade, com ênfase ao tratamento multidisciplinar e ambulatorial. Daí a criação dos CAPS.

Confira-se a redação das “Diretrizes para uma Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas” formulada pelo Ministério da Saúde:

“Assim sendo, a Lei Federal 10.216/2001 também vem a ser o instrumento legal/normativo máximo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a qual também se encontra em sintonia para com as propostas e pressupostos da Organização Mundial de Saúde. A Lei em questão tem diversos desdobramentos positivos possíveis, se aplicada com eficácia (Delgado, 2002) (destacado nosso)”.

Viabilizando as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, no sentido de normalizar a atenção a usuários de álcool e drogas, o Ministério da Saúde publicou portarias voltadas para a estruturação de rede de atenção específica a estas pessoas. A Portaria GM/336 de 19 de fevereiro de 2002 (MS, 2002) define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, tipo “Centros de Atenção Psicossocial – CAPS” – incluídos aqui os CAPS voltados para o atendimento aos usuários de álcool e drogas, os CAPSad. Já a Portaria SAS/189 de 20 de março de 2002 (MS, 2002) regulamenta a Portaria GM/336, criando no âmbito do SUS os “serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas.

A necessidade de estratégias específicas de enfrentamento que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos levou o Ministério da Saúde a instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, via Portaria GM/816 de 30 de abril de 2002 (MS, 2002); mediante a consideração da multiplicidade de níveis de organização das redes assistenciais localizadas nos Estados e Distrito Federal, da diversidade das características populacionais existentes no País, e da variação da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde propõe a criação de 250 Centros de Atenção Psicossocial – CAPSad, dispositivo assistencial de comprovada resolutividade, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde.

O programa considera ainda a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários; considera ainda que a atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool

e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica”.

Assim, o tratamento oferecido pelo SUS ao dependente químico se dá em nível ambulatorial, socorrendo-se de internações se estritamente necessário à desintoxicação do paciente, pelo tempo suficiente a tal mister e da maneira o menos restritiva possível aos direitos dele.

Note-se, Excelências, que as terapêuticas disponibilizadas pelo SUS para tratamento do alcoólatra estão em harmonia quer com o que foi decidido quer na Conferência Nacional de Saúde Mental III, quer no Relatório Mundial de Saúde da OMS (parte referente a saúde mental).

São políticas públicas, portanto, escudadas NO CONSENSO CIENTÍFICO MUNDIAL ACERCA DO TRATAMENTO DOS DEPENDENTES QUÍMICOS, O QUAL, HODIERNAMENTE, REPITA-SE, COMBATE A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO DOENTE, BUSCANDO ATENDÊ-LO AMBULATORIALMENTE, SEM PRIVAÇÃO À SUA LIBERDADE, ENVOLVENDO A COMUNIDADE E SUA FAMÍLIA NO PROCESSO DE CURA.

É por tal razão que não existem protocolos clínicos e/ou portarias aprovados pelo Ministério da Saúde ou Secretaria do Estado de São Paulo para internação compulsória de dependentes químicos.

Confira-se os esclarecimentos prestados pela DRS de Araraquara, em caso análogo ao presente:

“Não há protocolos clínicos e/ou portarias aprovados pelo Ministério da Saúde e/ou Secretaria de Estado da Saúde para internação compulsória para o tratamento de dependentes químicos. O SUS – Sistema Único de Saúde, na área de abrangência deste Departamento Regional de Saúde - DRS III de Araraquara, não dispõe de clínica especializada no tratamento de dependentes químicos.

O Hospital Psiquiátrico Cairbar Schutel está habilitado para receber este tipo de paciente, entretanto, somente para desintoxicação e estabilização, de acordo com período limitado de acordo com a patologia do paciente, retornando ao município de origem para a continuidade do tratamento”.

Do arrazoado feito pela Douta Diretora da DRS III, depreende-se também que, ao contrário do alegado, o hospital Cairbar Schutel está sim habilitado ao tratamento de dependentes químicos, tanto que é hospital de referência na região para o tratamento de doentes mentais, o que mais adiante, inclusive, melhor será demonstrado.

O que a instituição não tem é estrutura para acolher um dependente químico “ad eternum”, consoante pretende a agravada.

Em verdade, o Hospital Cairbar Schutel possibilita a desintoxicação e estabilização do drogadito, retendo-o na instituição pelo tempo necessário para tanto, de forma a que, depois de controlada a crise, ele possa dar continuidade ao tratamento ambulatorialmente. O QUE ESTÁ DE ACORDO COM AS POLÍTICAS NACIONAIS DE TRATAMENTO DE ALCOÓLATRAS E DROGADITOS, EMBASADAS NA III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E NA LEI 10.216/01, QUE, POR SUA VEZ, SE LASTREIAM NAS RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.

Como se não bastasse, outros argumentos, adiante aduzidos, militam em prol do provimento ao presente agravado.

B – Da ausência da prova dos fatos constitutivos do direito do autor.

Oportuno frisar que não há prova nos autos de que a terapêutica oferecida pelo SUS seja ineficaz ao requerido.

Aliás, muito pelo contrário, pois que, da documentação acostada aos autos, depreende-se que o requerido adere ao tratamento disponibilizado pela Rede Pública para sua patologia (vide documento de fl. 30 dos autos, emitido pelo Cairbar Schutel em 06 de janeiro do corrente ano).

Não há razão, deste modo, para ser internado compulsoriamente em entidade sob regime fechado (contando com forte aparato para impedir fugas), conforme pretendido e obtido pela agravada.

Releva notar, ademais, que o relatório médico de fl. 26 dos autos, bem como a guia de internação de fl. 27 NÃO SE ENCONTRAM DATADOS. Assim, não se sabe se a necessidade de internação compulsória do requerido, pressuposto para o ajuizamento da presente demanda, é de agora ou se refere à internação pretérita sofrida pelo mesmo (segundo consta do documento de fl. 30 dos autos, Luís já foi internado outras quatro vezes).

Este mesmo relatório médico, ainda, malgrado recomende a internação psiquiátrica do requerido, não afirma que a medida não deva se efetivar no Cairbar Schutel.

Destarte, percebe-se a fragilidade das alegações da recorrida, o que, em sede de antecipação de tutela, conduz à inevitável ausência de verossimilhança de alegações, ensejadora da cassação da medida de urgência concedida, o que se requer

C – Do Papel dos Hospitais Psiquiátricos Hodiernamente

Conforme já dito, a Política Nacional de Saúde Mental preconiza o tratamento dos drogaditos ambulatorialmente. Assim, a internação é medida excepcional a ser adotada e, por isto mesmo, deve ser de curta duração e se dar da maneira o menos restritiva possível aos direitos do internado.

Nos termos da Lei 10.216/01 a qual, conforme já visto, também é o instrumento legal/normativo máximo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas:

Artigo 2º. Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (destaques nossos).

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (destaques nossos)

Artigo 4º. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (destaques nossos).

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

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

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

Neste bordo, a Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002, do Ministério da Saúde (documento em anexo), regulamentando a Lei 10.216/01 (documento em anexo), estabeleceu quais as diretrizes e normas a serem seguidas para a Assistência Hospitalar em Psiquiatria dentro do Sistema Único de Saúde, instituindo o PNASH (Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar) como mecanismo de verificação da qualidade das instituições dedicadas ao cuidado do doente mental, dentre o qual se insere, conforme já mencionado, o drogadito.

Foram estabelecidas exigências mínimas para estas instituições, destacando-se que as mesmas não podem se organizar sob regime fechado (até porque isto feriria os propósitos de desinstitucionalização da Política de Saúde Mental Brasileira). Nos termos dos itens 2 e 2.1 do ANEXO de referida Portaria:

2. Normas para o Atendimento Hospitalar

2.1 Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

2.2 – Determinações gerais:

2.2.1 o hospital deve articular-se com a rede comunitária de saúde mental, estando a porta-de-entrada do sistema de internação situada no serviço territorial de referência para o hospital.

2.2.2. Está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes) (grifos nossos)

Aliás, é exatamente por força destes dispositivos normativos que o Hospital Cairbar Schutel tem que se estruturar sob o regime semiaberto, e uma clínica particular como a Via Saúde, sem nenhum vínculo com o SUS, pode ser concebida como instituição sob regime fechado (conforme dito na inicial, possui forte aparato para impedir fugas).

Pois bem, esta mesma Portaria impõe aos Hospitais Psiquiátricos Públicos, ou àqueles credenciados junto ao SUS, a presença de equipe multidisciplinar (profissional médico, quatro profissionais de nível superior, e equipe de enfermagem), oferecendo, ainda (vide itens 2.2 e 2.3 do ANEXO), ao interno:

A) avaliação médico-psicológica e social;

B) garantia do atendimento diário por, no mínimo, um membro da equipe multiprofissional, de acordo com o projeto terapêutico individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);

C) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);

D) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);

E) preparação para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em serviço territorial com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), e para residência terapêutica quando indicado, sempre com o objetivo de promover sua reintegração social e familiar, visando prevenir a ocorrência de outras internações;

F) desenvolvimento de projeto terapêutico específico para pacientes de longa permanência – aqueles com mais de 01 (um) ano ininterrupto de internação. O projeto deve conter a preparação para o retorno à própria moradia ou a serviços residenciais/ terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar;

G) desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos para pacientes com deficiência física e mental grave e grande dependência;

H) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

Ainda, nos termos do item 2.4 do ANEXO, com vistas a garantir condições adequadas ao atendimento dos pacientes internados, deverão ser observados, nos espaços hospitalares, os parâmetros das Normas Específicas referentes à área de engenharia e arquitetura e vigilância sanitária em vigor.

Os Hospitais Públicos Psiquiátricos e aqueles conveniados à Rede Pública passam, destarte, por auditorias periódicas, a fim de que se verifique se atendem aos requisitos impostos pela PNASH. Caso não atinjam um piso mínimo, e não promovam as adaptações e melhorias necessárias no prazo assinalado, sofrem descredenciamento da rede pública ou mesmo são fechados.

O Hospital Cairbar Schutel é entidade psiquiátrica conveniada com o SUS para o atendimento de doentes mentais, aí se incluindo quer os portadores de distúrbios como esquizofrenia, psicoses, quer os dependentes químicos.

Nenhum impedimento há para que um Hospital Psiquiátrico se debruce também sob o cuidado de drogaditos, desde que tenha um programa próprio para desintoxicação dos dependentes químicos. Noutros termos, uma terapêutica específica para tais pacientes. E o Hospital Cairbar Schutel, conforme documentos juntados pela própria recorrida, o possui.

Deveras, conforme já dito e demonstrado, o dependente químico é um doente mental. Como tal, sua política de tratamento submete-se, assim como a dos portadores de esquizofrenia, psicoses, à Lei 10.216/01 e normas que a regulamentam.

Logo, obedecendo o Hospital Cairbar Schutel às exigências legais para o tratamento de transtornos mentais, nada obsta a que possua credenciamento com o SUS também para o tratamento de drogaditos.

E, certo é que esta instituição preenche todos os requisitos exigidos ao adequado tratamento dos doentes mentais, dentre os quais os drogaditos, posto que submetida a contínuas auditorias pelos órgãos públicos de saúde, frisando que sua aprovação nas mesmas é condição *sine qua non* à manutenção do seu credenciamento com o SUS.

Para tanto, o Cairbar Schutel conta com equipe multidisciplinar no cuidado do doente mental, composta por psiquiatra, psicológico, assistente social, enfermagem, educador físico e terapeuta ocupacional (vide documento em anexo, extraído do *site* da Associação Médico Espírita do Brasil).

As fotos em anexo, igualmente extraídas do *site* da Associação Médico Espírita do Brasil, também dão conta do belíssimo local onde fica a instituição, sendo suas instalações aptas ao atendimento dos doentes.

Ademais, depreende-se, da leitura do fôlder eletrônico da instituição (extraído do *site* da Casa Cairbar Schutel) que a instituição disponibiliza aos necessitados Serviço Especializado de Atenção ao Alcoolismo e Drogadição, corroborando a sua vocação e habilitação no tratamento dos dependentes químicos.

D – Da Suposta Inadequação do Cairbar Schutel no Tratamento de Drogaditos

Feitas estas ponderações, releva notar que as palavras do senhor Presidente do Hospital Cairbar Schutel foram interpretadas pela recorrida totalmente fora do contexto em que expressas.

Por primeiro, deve-se frisar que as experiências porventura pouco proveitosas tratadas nestes autos não justificam desacreditar toda uma Política Nacional de Saúde, muito menos a excelência do Cairbar Schutel no tratamento da drogadição.

Cuidam-se de vivências pontuais e que, ademais, são trazidas a estes autos sem que se conheça o histórico da doença dos pacientes, o que impede de se apurar as reais responsabilidades pelo aparente insucesso do tratamento havido.

Diga-se aparente porque o resultado de uma terapêutica não é avaliado focando-se apenas no momento “x” ou “y” de um tratamento, mas sim pela análise do processo inteiro de cuidados médicos, psicológicos a que se submeteu o paciente no correr de anos. É leviano pretender que assim não o seja!

Outrossim, pode ser que grande parte do aventado fracasso no tratamento destes drogaditos tenha se dado por responsabilidade de suas próprias famílias, que olvidaram a desempenhar o papel fulcral que lhes compete na reabilitação do ente querido.

Especificamente quanto ao requerido, tem-se que o documento de fl. 30 dos autos, datado de 06 de janeiro de 2010 evidencia, consoante já afirmado, exatamente o contrário do afirmado na inicial: o réu adere ao tratamento que lhe é disponibilizado pela Rede Pública, não havendo razão para ser internado compulsoriamente em entidade sob regime fechado.

No mais, é evidente que o tratamento de um drogadito depende de sua vontade de cura e da participação de sua família neste caminhar.

Por mais que o Estado disponibilize psiquiatras, medicamentos, psicólogos, estrutura para desintoxicação, não é possível imputar-lhe a responsabilidade única pelo sucesso na recuperação de um drogado, como pretende a recorrida.

Se não houver um comprometimento da família neste processo, como inclusive o pontua a Lei 10.216/01, em seu artigo 3º, até mesmo como um direito do doente mental, não há como controlar a moléstia.

É muito simples adotar a postura da recorrida e terceirizar o cuidado do filho ao Estado e ao Município, pretendendo a internação do mesmo em clínica por tempo indeterminado e que conte com forte aparato de segurança para impedir fugas.

Sem dúvida, ela se livra do problema, mas também se escusa de cumprir com seu dever de auxiliar na recuperação de Luís, em claro prejuízo deste último, pos-

to ser evidente que o convívio diário, a troca, o cuidado e o afeto são preteridos quando de uma internação.

Pode-se até questionar: manter o doente numa clínica por mais tempo do que o necessário à sua desintoxicação física não aumentaria as chances de efetiva mudança de comportamento pretendida (largar as drogas), ao invés de valer-se do “simples” apoio ambulatorial?

A pergunta que se lança, em contrapartida, é a seguinte: até que ponto permanecer por mais tempo privado de sua liberdade, num ambiente artificial (porque a clínica não reflete a realidade da sociedade, é um ambiente criado e protegido do mundo externo), permite uma verdadeira mudança interna do drogadito?

Transpondo para uma realidade mais próxima à nossa, ainda que bem menos grave e talvez mais singela, vale tomar como exemplo pessoas que, para emagrecer, se internam num SPA. Enquanto estiver lá, impedido de sair (porque certos SPAs são verdadeiros “bunkers”), o indivíduo vai emagrecer. E quando ele voltar para o seu cotidiano, como vai ser? O problema está resolvido? Voltará a engordar? Manterá o peso? Emagrecerá?

A experiência mostra que, na maioria das vezes, os resultados obtidos num SPA não se mantêm, retornando o indivíduo, geralmente, à compulsão alimentar. Efetivamente, o que resolve é a reeducação alimentar, ou com auxílio de nutricionistas, ou grupos de apoio, ou atendimento psicológico, mas sempre calcada na força de vontade do indivíduo, que, valendo-se de recursos internos e externos, terá que mudar seu pensamento em relação à comida.

Mutatis mutandi, o processo é semelhante com a droga. Sim, não adianta imaginar que colocar o drogado numa “bolha” vai permitir a superação do vício. Mais produtivo e humanizado será o tratamento ambulatorial aliado à participação da sociedade e da família na luta pelo controle da doença.

Repita-se, não é de se descartar a internação, mas atentando-se para o seu real papel e eficácia: permitir a desintoxicação física do drogado. A mudança mental não advirá dela.

Nesta medida, pode-se compreender o alcance da resposta dada pelo senhor Presidente do Cairbar Schutel ao ofício da Defensoria Pública (fl. 28 dos autos), *in verbis* transcrita:

“O hospital não disponibiliza infraestrutura para um tratamento adequado e completo”.

De fato, uma instituição de internação NUNCA DISPORÁ DE APARATO COMPLETO PARA TRATAR A DROGADIÇÃO, SIMPLEMENTE PORQUE É UM COADJUVANTE NESTE TRATAMENTO, CONFORME EXAUSTIVAMENTE EXPOSTO.

ELA NÃO CONSEGUIRÁ SUPRIR O APARATO AMBULATORIAL DISPONIBILIZADO PELO ESTADO AO DROGADITO, VIA CAPS, TAMPOUCO A PARTICIPAÇÃO FAMILIAR, A VONTADE DE MUDAR DO PACIENTE, E MESMO A ATUAÇÃO DA SOCIEDADE NESTE PROCESSO.

No mais, certo é que o Cairbar Schutel é adequado ao tratamento do requerido, vejamos o porquê:

A) atende às disposições trazidas pela Lei 10.216/01, Portaria 251/GM, tanto que conveniado ao SUS para atendimento de drogaditos, submetendo-se a frequentes fiscalizações pelos entes públicos quanto à adequação das terapêuticas lá prestadas, estrutura humana e física existentes;

B) conta com equipe multidisciplinar para cuidar do dependente, composta por médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e enfermagem;

C) dispõe de programa específico de desintoxicação para os viciados, com duração suficiente a tal mister, permitindo a continuidade do tratamento ambulatorial junto ao seio familiar e social (inclusive disponibilizando Serviço Especializado de Atenção ao Alcoolismo e Drogadição).

É a instituição perfeita? Claro que não, o que é, sabiamente e de maneira muito franca, reconhecido pelo seu Presidente. Não obstante, cumpre a contento o papel a que se destina: permitir a desintoxicação do paciente, habilitando-o ao tratamento ambulatorial.

E – Das Instituições Indicadas pela Defensoria como Paradigmas para Tratamento dos Drogaditos

Indica a Defensoria duas instituições como sendo ideais ao tratamento de Luís, a Via Saúde (instituição privada) e a Saber Amar (Comunidade Terapêutica).

Consoante aduzido seriam as duas plenamente adequadas ao tratamento de drogaditos, em detrimento do Cairbar Schutel, Hospital de Referência local, porque “dispõem de infraestrutura para abrigo involuntário de dependentes químicos, inclusive para dificuldade de fugas, e de vasta experiência no tratamento e recuperação de toxicômanos, e possibilitam, além da desintoxicação, a conscientização e reinserção social dos drogaditos, razões pelas quais são as mais indicadas, na região, para o internamento do requerido Luís”.

Permissa vênua, não se consegue vislumbrar em que medida tais instituições seriam mais adequadas do que o Cairbar Schutel no tratamento dos drogaditos. Vejamos o porquê:

A) ambas as instituições (Via Saúde e Saber Amar) alegam, em seu favor, possuírem equipe multidisciplinar no tratamento dos drogaditos. O Cairbar Schutel também tem, conforme já dito. Conta com psiquiatra, psicólogo, enfermeiros, terapeuta ocupacional e assistente social;

B) a Via Saúde e a Saber Amar teriam estrutura para acolher os drogaditos. O Cairbar Schutel também tem. Disponibiliza, conforme informações extraídas do *site* da Associação Médica Espírita (documentos em anexo), 36 leitos para dependentes químicos. Além disso, a beleza e cuidado do lugar são evidenciados pelas fotos acostadas aos autos;

C) a Via Saúde e a Saber Amar seriam instituições sob regime fechado, pois que contam com forte aparato para impedir fugas. Neste ponto, realmente, não há como o Cairbar Schutel se igualar, sob pena de atuação ilegal, inclusive com responsabilização de seus dirigentes pela conduta (violação à Lei 10.216/02 e à Portaria 251/GM 2002, que proíbe instituições sob regime fechado no cuidado de doentes mentais).

Demais disto, questiona-se qual a necessidade de se internar o requerido em instituição que conte com forte aparato para impedir a fuga se, consoante documento de fl. 30 dos autos, juntado pela própria agravada, LUÍS ADERE AO TRATAMENTO QUE LHE É DISPONIBILIZADO PELO SUS;

D) a Via Saúde e a Saber Amar ofereceriam tratamento adequado ao drogadito, calcados em projetos terapêuticos visando à conscientização e reinserção do paciente no meio.

No entanto, conforme já dito, o Cairbar Schutel, na medida em que credenciado ao SUS para tratamento de doentes mentais, tem que oferecer aos pacientes tratamento tão ou mais completo, vez que a terapêutica deverá seguir o quanto preconizado pela Portaria 251/GM, consistindo em:

- 1) avaliação médico-psicológica e social;
- 2) garantia do atendimento diário ao paciente por, no mínimo, um membro da equipe multiprofissional, de acordo com o projeto terapêutico individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- 3) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- 4) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- 5) preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em serviço territorial com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), e para residência terapêutica quando indicado, sempre com o objetivo de promover a reintegração social e familiar do paciente, visando prevenir a ocorrência de outras internações (grifos nossos);
- 6) desenvolvimento de projeto terapêutico específico para pacientes de longa permanência – aqueles com mais de 01 (um) ano ininterrupto de internação. O projeto deve conter a preparação para o retorno à própria moradia ou a serviços residenciais terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar;
- 7) desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos para pacientes com deficiência física e mental grave e grande dependência;

8) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

Lembrando que a não observância a estas regras acarreta ao Cairbar Schutel o descredenciamento junto ao SUS, e que os órgãos públicos de saúde fiscalizam periodicamente isto.

E) alega a agravada, também, que o tempo de internação no Cairbar Schutel seria insuficiente à desintoxicação, porquanto restrito aos quinze dias custeados pelo SUS.

Não obstante, isto não é verdade.

A Portaria nº 480, de 20 de setembro de 2010, emitida pelo Secretário de Atenção à Saúde (documento em anexo), determina um prazo máximo de 31 dias para tratamento dos pacientes que fazem uso de cocaína e derivados (CRACK, MERLA e OUTRAS FORMAS DE PASTA-BASE), custeados pelo SUS.

Este prazo, todavia, nos termos da Portaria citada, pode ser dilatado, se necessária a continuidade da internação (vide artigo 2º, §§ 2º e 3º da norma).

Ademais, releva notar que:

A) nenhuma das duas instituições sofre o rígido controle pelos órgãos públicos de saúde a que o Cairbar Schutel se submete, visto que não credenciadas junto ao SUS como entidades hospitalares habilitadas ao tratamento dos portadores de transtorno mental.

Aliás, a Saber Amar nem poderia pretender fazer as vezes de entidade hospitalar, como, todavia, parece ocorrer no feito em epígrafe, visto que sua natureza é de serviço de atenção a drogaditos de índole EXTRA-HOSPITALAR (vide Resolução RDC nº 101, de 30 de maio de 2001, em anexo).

Por esta mesma razão, ela não se submete a controle pelos órgãos públicos de saúde, para fins de auferir a qualidade médica das terapêuticas lá dispensadas, mas tão somente fiscalização por autoridades sanitárias.

O Cairbar Schutel, repita-se, para manter o vínculo com o SUS quanto ao tratamento de doentes mentais tem que ser aprovado no PNASH, cujas auditorias são periodicamente realizadas, avaliando a qualidade da estrutura humana e física da instituição, bem como a excelência das terapêuticas lá disponibilizadas.

B) no que tange à Via Saúde, consoante pesquisa realizada sobre a mesma no site <http://cnes.datasus.gov.br>, constatou-se que é instituição privada COM FINS LUCRATIVOS, sem nenhum vínculo com o SUS, repita-se (documentos em anexo).

Com todo o respeito, Excelências, na qualidade de instituição privada COM FINS LUCRATIVOS, sem liame com a Rede Pública, a Via Saúde ganha dinheiro com a internação do paciente. Então, até que ponto não haveria um conflito de interesses entre manter o drogadito internado e lutar pelo seu breve retorno ao convívio familiar e social?

Demais disto, impor ao Estado o dever de custear a internação do requerido na Via Saúde implicará, por vias transversas, em destinar dinheiro público para instituição que ou não se interessou em conveniar-se ao SUS, ou não preencheu os requisitos para tal mister, em verdadeira burla à legislação que regulamenta a matéria.

C) quanto à Saber Amar, é Comunidade Terapêutica e, como tal, obedece à Resolução RDC nº 101, de 30 de maio de 2001 (documento em anexo).

Assim, na qualidade de serviço de atenção a drogaditos de índole EXTRA-HOSPITALAR, SOMENTE PODE ACEITAR INDIVÍDUOS QUE QUEIRAM VOLUNTARIAMENTE LÁ FICAR.

Neste sentido, a redação do item 4.1 do ANEXO de referida Resolução:

4. Procedimentos do Serviço de Tratamento a Pessoas com Transtornos Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas

4.1. No processo de admissão do residente e durante o tratamento, alguns aspectos devem ser contemplados:

A admissão não deve impor condições de crenças religiosas ou ideológicas.

Permanência voluntária (destacados nossos)

Causa espécie, portanto, se aventar uma internação compulsória em uma instituição que só pode acolher, por força de norma, pacientes que queiram lá ingressar. O que está em plena consonância com o papel desempenhado pelas Comunidades Terapêuticas no tratamento das drogadições: SERVIÇO AUXILIAR DE CARÁTER EXTRA-HOSPITALAR.

Maior surpresa advém do fato de constar na inicial que a Saber Amar dispõe de forte aparato para coibir fugas. De fato, na qualidade de Comunidade Terapêutica, não pode compelir o paciente a permanecer na instituição, sob pena de violação à resolução que a regulamenta!

Impende mencionar, por fim, que o artigo 5º, da Resolução RDC nº 101/2001, dispõe que “a inobservância dos requisitos desta Resolução, constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator ao processo e penalidades previstas na Lei 6.437 de 20 de agosto de 1977, ou outro instrumento legal que vier a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis (grifos nossos)”.

F – Dos Centros de Atenção Psicossocial

Conforme já visto, o tratamento do doente mental no Brasil, seguindo o consenso mundial acerca do tema, é predominantemente ambulatorial, contando com a vital participação da família (que fica prejudicada, senão inexistente, num tratamento de índole nosocomial) e da sociedade como um todo.

APENAS PARA QUE NÃO PAIREM DÚVIDAS, IMPORTANTE MENCIONAR QUE A PRÓPRIA NOVEL LEI DE TÓXICOS (Lei 11.343/2006), EM SEU

ARTIGO 28, PARÁGRAFO 7º, ASSEGURA AO DROGADO QUE O TRATAMENTO DO SEU VÍCIO SEJA PREFERENCIALMENTE AMBULATORIAL. Confira-se a redação do artigo 28, parágrafo 7º, do diploma:

§7º O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado (grifos nossos)

Dentro desta moldura se inserem os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), como protagonistas no cuidado do portador de patologia mental.

Voltam-se, em harmonia com o disposto na Lei 10.216/01, para o tratamento multidisciplinar do doente, atentando-se não só para as variantes psiquiátricas do problema, mas também para as familiares, psicológicas, sociais, laborativas e educacionais.

São disciplinados pela Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, divididos em CAPS I, CAPS II, CAPS III, por ordem de complexidade/porte, de abrangência populacional e pelas maiores especializações dos serviços (caso dos CAPS AD, que cuidam preponderantemente de drogaditos).

Especificamente para a cidade de São Carlos, contamos com um CAPS II e um CAPS AD. Este último, inicialmente, prestava apenas auxílio a drogaditos menores de 18 anos. No entanto, recentemente, passou a atender os dependentes químicos adultos (documentos em anexo).

A Portaria 336/GM (documento em anexo) dá conta da completa e interdisciplinar estrutura de cada CAPS, bem como dos serviços que a unidade presta ao paciente. Quanto ao CAPS II e ao CAPS AD, temos que:

4.2.1 – A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

A - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

B - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

C - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

D - visitas domiciliares;

E - atendimento à família;

F - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

G - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 – Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

A – 01 (um) médico psiquiatra

B – 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental

C – 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais, assistente técnico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

D – 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

(...)

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

A – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

B – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

C- atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

D – visitas e atendimentos domiciliares;

E – atendimento à família;

F – atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

G – os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

H – atendimento de desintoxicação.

4.5.2 – Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

A – 01 (um) médico psiquiatra;

B – 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

C – 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

D – 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

E – 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Vê-se que a estrutura é complexa e completa, habilitada a fornecer tratamento a contento ao drogadito e, o mais importante, sem excluí-lo do meio social e familiar.

Em resumo, portanto, verifica-se que, ao contrário do decidido, a terapêutica disponibilizada pelo SUS para o tratamento de drogaditos, que na cidade de São Carlos se efetiva pelo atendimento ambulatorial via CAPS II e CAPS – AD, e por internações para desintoxicação, medidas excepcionais, junto ao Cairbar Schutel, está em consonância com o consenso mundial no tratamento do dependente

químico, calcado na desinstitucionalização e atuação conjunta do Estado, família, sociedade, e do próprio paciente, além de revelar-se eficiente.

Da Ausência de Perigo na Demora

Tampouco se vislumbra perigo na demora que justificasse a concessão da tutela antecipada.

Realmente, o Poder Público disponibiliza tratamento para o requerido ambulatorialmente, via CAPS II e CAPS AD, bem como local para sua internação, pelo tempo necessário à desintoxicação, SENDO CERTO QUE ELE ADERE A ESTE TRATAMENTO, CONSOANTE DOCUMENTO DE FL. 30 DOS AUTOS O ATESTA. Onde, então, o perigo na demora?

Da Impossibilidade da Antecipação dos Efeitos da Tutela Pretendida

O instituto da antecipação da tutela está previsto no art. 273 do Código de Processo Civil e consiste na *“providência que tem natureza jurídica de execução lato sensu, com o objetivo de entregar ao agravado, total ou parcialmente, a própria pretensão deduzida em juízo ou os seus efeitos”*¹.

Sua finalidade, em poucas palavras, é adiantar os efeitos da sentença de mérito.

Todavia, o art. 1º da Lei nº 9.494/97 determinou a aplicação do disposto no art. 1º da Lei nº 8.437/92 à tutela antecipada prevista nos arts. 273 e 461 do Código de Processo Civil.

Referido dispositivo federal veda a concessão de medida liminar, contra o Poder Público, no procedimento cautelar ou em quaisquer outras ações de natureza cautelar ou preventiva, toda vez que providência assemelhada não puder ser concedida em ações de mandado de segurança, em virtude de vedação legal, ou que esgote, no todo ou em parte, o objeto da ação (§ 3º).

A mencionada disposição foi objeto da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4-6, considerando o STF constitucional a norma.

Assim, não cabe mais discutir a constitucionalidade das normas que restringem ou impedem a concessão de liminares contra o Poder Público. O renomado professor J. J. CALMON DE PASSOS opina a respeito, com indiscutível clareza e juridicidade, que merece destaque:

“Sempre sustentei que a garantia constitucional disciplinada no inciso XXXV do artigo 5º, da Constituição Federal (a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça de direito) diz respeito, apenas, à tutela definitiva, aquela que se

1 Cf. Nelson Nery Júnior, Atualidades sobre o Processo Civil, Editora Revista dos Tribunais, 2ª ed., São Paulo, 1996.

institui com a decisão transitada em julgado, sendo a execução provisória e a antecipação da tutela problemas de política processual, que o legislador pode conceder ou negar, sem que isto incida em inconstitucionalidade. Vetar liminares neste ou naquele processo jamais pode importar inconstitucionalidade, pois configura interferência no patrimônio ou na liberdade dos indivíduos, com preterição, mesmo que em parte, das garantias do devido processo legal, de base também constitucional. Daí sempre ter sustentado que a liminar, na cautelar, ou antecipação liminar da tutela em qualquer processo, não é direito das partes constitucionalmente assegurado. Assim, nada impedirá, amanhã, que disposições especiais de lei eliminem ou restrinjam a antecipação de tutela em algum tipo de procedimento ou quando em jogo certos interesses”.²

No mesmo sentido, note-se que no julgamento da ADIN nº 223 (pelo eminente relator Ministro SEPÚLVEDA PERTENCE) constou do voto proferido que *“já se anotaram precedentes brasileiros de vedação legal à concessão de liminar, sem resistência quanto à sua constitucionalidade”*.

Citando GALENO DE LACERDA, para quem *“desde que não vedado o direito à ação principal, nada impede coíba o legislador, por interesse público, a concessão de liminares”*, o Ministro MOREIRA ALVES, em seu voto no julgamento da referida ADIN nº 223, firmou posição no sentido de que:

“(...) o proibir-se, em certos casos, por interesse público, a antecipação provisória da satisfação do direito material lesado ou ameaçado não exclui, evidentemente, da apreciação do Poder Judiciário, a lesão ou ameaça ao direito, pois ela se obtém normalmente na satisfação definitiva que é proporcionada pela ação principal, que, esta sim, não pode ser vedada para privar-se o lesado ou ameaçado de socorrer-se do Poder Judiciário”.

Aspecto importante para o entendimento desta questão reside na análise do poder geral de cautela, invocado como fundamento no exame particular da concessão de liminares.

Discute-se a natureza desse poder: vinculado ou discricionário? Entretanto, tal distinção é irrelevante se considerado que, mesmo agindo discricionariamente, o magistrado está adstrito à lei, podendo exercer a opção apenas nos limites das variantes oferecidas no texto normativo.

Exemplificando: ao conceder a tutela antecipada o juiz estará adstrito aos casos que reúnam as condições cumulativamente previstas no art. 273 *caput* e inciso I do Código de Processo Civil, além de ter que fundamentar sua decisão, obviamente à luz dos requisitos legais (§ 2º).

2 Da Antecipação de Tutela, Reforma do Código de Processo Civil, Editora Saraiva, São Paulo, 1996, pág. 189, Revista Trimestral de Jurisprudência, vol. 132.

Referida norma tem berço constitucional, a teor do disposto no art. 93, inciso IX da Lei Maior, que passou a considerar a medida uma garantia fundamental.

TEREZA ARRUDA ALVIM WAMBIER aborda o tema, concluindo que, na verdade, *“o juiz está vinculado à lei. E há de fundamentar, portanto, todas as decisões na lei”*.³

Assim, não pode vingar o entendimento de que, no texto legal vigente e embora considerado constitucional o texto legal (Lei nº 9.494/97), que restringe a medida contra o Poder Público, possa ser ele mitigado à frente do caso concreto.

Na hipótese em testilha, se verifica que, em sede de antecipação de tutela, ocorreu a solução definitiva para uma questão que deve aguardar o trânsito em julgado favorável à agravante.

Fatalmente a não reversão da tutela antecipada concedida em face do poder público implicará em se esgotar (total ou parcialmente) o objeto da ação, ante suas peculiaridades: concessão de tratamento de internação em clínica pública ou particular, que poderá, portanto, findar antes da prolação de julgamento definitivo da lide. Daí mais um argumento para o provimento ao presente agravo.

Da Ação Civil Pública 18/2010

Notícia a agravada, na exordial, a existência de ação civil pública interposta pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público bandeirantes em face da Fazenda Pública Estadual e da Municipalidade de São Carlos, na qual foi concedida tutela antecipada para impor ao Estado obrigação de não fazer, consistente em não mais internar pacientes com dependência química, usuários do SUS, no Hospital Cairbar Schutel.

Deve-se esclarecer, contudo, que a tutela antecipada concedida naquele feito não obstaculiza a revisão da tutela antecipada exarada na presente ação, muito menos seja discutida a aptidão/inaptidão do Hospital Cairbar Schutel no cuidar do requerido Luís.

Por primeiro, porque se trata de decisão interlocutória, de índole provisória e calcada em mero juízo de verossimilhança, não de certeza de alegações. Como tal, é insuscetível de fazer coisa julgada e espriar efeitos extraprocessuais, inclusive eventual eficácia preclusiva.

Segundo, porque as partes na ação civil pública de autos 18/10 são distintas das da presente demanda.

Ademais, a causa de pedir da ação individual de autos 1177/10, quando em cotejo com aquela da ACP de autos 18/2010, apresenta pontos de tangência (discute-se a eficácia da terapêutica disponibilizada pelo SUS a dependentes químicos), mas a ela não se iguala. Basta dizer que, nesta ação de autos 1177/10, é também ob-

3 Da Liberdade do Juiz na Concessão e Antecipação de Liminares e a Tutela Antecipatória, Aspectos Polêmicos da Antecipação de Tutela, editora RT, 1997

jeto de discussão a doença de que padeceria Luís, o tratamento mais eficaz para ele. Em síntese, há uma individualização, um casuísmo, não presentes na ação coletiva.

Terceiro: o pedido da ação de autos 1177/10 é distinto do da ACP de autos 18/2010. Na primeira demanda, objetiva-se a internação do requerido Luís em clínica para dependentes químicos, em regime fechado, por tempo indeterminado. Na ação coletiva, o objeto é mais amplo e de índole generalista, visto que o que se pretende é o ministério, pelo SUS, de tratamento a dependentes químicos adequado, sob a alegação de que as políticas públicas que tratam da matéria não estariam supostamente a contento.

Quarto: deve-se ter em mente que, em se tratando de interesses individuais homogêneos como o presente, a impossibilidade de rediscussão da matéria pelo suposto beneficiário da tutela coletiva (no caso, o requerido Luís), em ação individual, é admissível apenas em se mostrando favorável ao mesmo.

Não é o que acontece no feito em apreço.

Com efeito, na lide em curso, o em tese beneficiário da tutela antecipada concedida na ACP de autos 18/2010 (dependente químico) seria Luís, que é, todavia, réu na ação de autos 1177/2010. A tutela antecipada concedida na ação coletiva, que impede a sua internação em Hospital Psiquiátrico menos restritivo à sua liberdade (Cairbar Schutel), causa gravame ao requerido na presente ação individual, visto que a sua internação é compulsória, não voluntária.

Logo, não há impedimento a que se rediscuta a eficácia do tratamento ministrado a drogaditos pelo Cairbar Schutel nesta ação individual, tampouco a revisão da tutela antecipada concedida, porque aproveita a Luís, réu na presente demanda.

Como se não bastasse, o Estado, ora réu, tem pleno direito à ampla defesa, de contrapor-se ao alegado pela agravada, comprovando a adequação do tratamento disponibilizado ao requerido pelo SUS. Não há como fazer letra morta do artigo 5º, LV, da CF.

Ausente, destarte, pelas razões expostas, quaisquer vedações à rediscussão da matéria.

Da Discussão de Políticas Públicas em Sede de Ação Individual

Na lide em curso está se questionando, em verdade, a Política Pública Nacional de Tratamento do Doente Mental, pois que se rechaça a adoção do tratamento ambulatorial ao drogadito, em prol do nosocomial.

Com efeito, a agravada desloca o cerne do tratamento do requerido dos Centros de Assistência Psicossocial para a internação em clínica contando com forte aparato de segurança, por tempo indeterminado. Pretende-se, destarte, que a medida restritiva de liberdade do dependente passe de coadjuvante no tratamento para terapêutica principal.

Deste modo, a procedência da ação implicará a subversão/revisão dos valores e premissas encampados pela Política Nacional de Saúde Mental. Todavia, em sede que não é própria (demanda individual), sem se socorrer dos diversos especialistas e informações necessários à formulação/modificação de uma política pública, e sem que haja suficiente maturação a respeito desta mudança.

Apenas para recordar: a reforma psiquiátrica ocorrida no Brasil foi fruto de décadas de discussões entre agentes públicos, sociedade civil e profissionais da área, e não só em nosso país, mas também no exterior (vide Carta de Caracas, de 1990, e o Relatório Mundial de Saúde Mental da OMS de 2001, à guisa de exemplo).

Demais disto, ainda que assim não o fosse, impende salientar que o direito à saúde, porquanto de índole prestacional, deve ser pensado coletivamente. Tratá-lo como se fosse liberdade pública (direitos negativos), decidindo-se casuisticamente, no afã de se resolver casos isolados, resultará no efeito perverso de prejudicar os demais cidadãos.

Isto porque os recursos são escassos. Não é possível dar tudo a todos, de modo que, para cumprir com a decisão judicial, se retirará dinheiro de outros programas de saúde ou sociais.

Não se trata de alijar o Judiciário das políticas públicas, mas sim de redefinir o seu papel em relação às mesmas. Desejável, assim, que atue como um fiscalizador do cumprimento das políticas públicas, mas não como um criador delas.

Neste sentido, são os ensinamentos do jovem mestre Virgílio Afonso da Silva, Professor Titular de Direito Constitucional da USP, ao discutir o denominado “ativismo judicial”:

“A conclusão a que se pode chegar após essa breve exposição deste estudo de caso, que, ainda que pontual, reflete bem o enfoque que os juristas dão em geral à justiciabilidade dos direitos sociais, é que, em primeiro lugar, os juízes, ao tratarem os problemas dos direitos sociais como se fossem problemas iguais ou semelhantes àqueles relacionados a direitos individuais, ignoram o caráter coletivo dos primeiros. Esse caráter coletivo exige, como não poderia deixar de ser, políticas que são pensadas coletivamente, algo que os juízes não fazem. Com isso, pretendo sublinhar que a questão discutida neste trabalho não é uma mera questão de opção entre ativismo ou contenção judicial, embora ela seja frequentemente apresentada como se assim o fosse. É certo que os partidários da ideia de contenção judicial têm que defender que os juízes devem se manter afastados de decisões relativas à políticas públicas, mas isso não significa que toda corrente ativista tenha necessariamente de defender o seu oposto, ou seja, que os juízes devam sempre decidir sobre políticas públicas. Nesse sentido, é possível defender uma forma de ativismo judicial – ou seja, defender que os juízes são legítimos para discutir políticas públicas – e, mesmo assim, sustentar que esse ativismo é limitado por uma série de razões estruturais. Isso significa que, embora o ativismo judicial seja uma possibilidade, ele depende de diversas mudanças estruturais na educação jurídica, na organização dos tribunais e, sobretudo, nos procedimentos judiciais, para que passe a ser possível tratar os direitos sociais e sobre eles decidir de forma coletiva.”

Diversos exemplos das consequências do que eu chamaria de “ativismo judicial despreparado” podem ser encontrados na atividade de diversos tribunais brasileiros. Por exemplo, ao distribuir tratamentos médicos de forma individual (i.e. Sem considerar as políticas governamentais na área), os juízes podem estar prejudicando outras políticas públicas na área da saúde (ou em outras áreas), mesmo que eles consigam ‘resolver’ alguns casos isolados. Isso porque, em um cenário de recursos escassos, o dinheiro tem que ser necessariamente retirado de outros programas para atender às decisões judiciais. Nesse sentido, Alberto Kanamura afirma que:

“Num país onde ainda se morre de desnutrição, por falta de água tratada ou por pura ignorância de preceitos sanitários primários, é difícil não questionar decisões (judiciais) que priorizam gastos em saúde para tratar o raro, quando o mesmo recurso poderia beneficiar milhares que vivem a doença como regra. Doenças que no mundo desenvolvido já não existem e que em tese são muito simples de tratar. Não é demais lembrar que, neste momento, o governo tenta combater a fome endêmica medicando os atingidos com uma ajuda de R\$ 50,00 por família mensalmente, talvez menos de R\$ 100,00 por pessoa ao ano”.

O autor usa o exemplo da doença de Gaucher. No Estado de São Paulo, há cerca de cem portadores da doença que, em razão de decisões judiciais, recebem tratamento grátis. O tratamento custa, por pessoa, US\$ 9.620,00 por mês. Para essas pessoas, o custo anual é de mais de US\$ 10 milhões. Segundo os dados transcritos acima sobre o combate à fome endêmica, esse valor seria suficiente para ajudar 250 mil pessoas por ano. Ainda que não se queira discutir o que é mais importante combater, o certo é que os juízes, ao decidirem pelo financiamento individual do tratamento de algumas doenças, não têm em mente a dimensão global das políticas de saúde, como seria importante ter. Assim, se não há recursos para tudo, e se a decisão do juiz deve ser cumprida, o dinheiro terá de sair de outras áreas. Com isso fica claro que, ainda que haja boas intenções, as histórias de sucesso individual nem sempre são, de fato, histórias de sucesso coletivo.

Conclusão

Na introdução deste trabalho defendi que a previsão de direitos sociais na constituição brasileira (ou em qualquer outra constituição) não pode ser encarada como se fosse simples “lógica constitucional”, ou seja, não seria possível não haver nenhuma consequência associada a essa previsão, porque, para utilizar a expressão de Michelman, normas que garantem direitos sociais não são menos jurídicas do que as outras normas em uma declaração de direitos.

Contudo, o fato de serem “não menos jurídicas” não me parece implicar que as normas que garantem direitos sociais devam ser tratadas como se tivessem a mesma estrutura daquelas que garantem direitos civis e políticos, nem que sejam justiciáveis da mesma maneira. Em outras palavras, talvez a tarefa dos juízes não seja a de conceder remédios, tratamentos médicos, vagas em escolas, etc. a todos aqueles que recorrerem ao Judiciário. Mas, nesse caso, qual poderia ser o papel dos juízes no processo de realização dos direitos sociais? Embora haja diversas respostas possíveis a essa pergunta, eu sustento que todas elas devem partir do pressuposto de que esses direitos não podem ser tratados, exceto em casos excep-

cionais, como se seguissem o mesmo padrão individualista em que se baseiam relações entre um credor e um devedor.

Se isso está correto, e se o Judiciário não é capaz de pensar em saúde, educação, moradia, etc., de forma coletiva e global, talvez ele devesse deixar essa tarefa para o processo político. Mas não é possível ignorar que as demandas individuais continuarão a existir e que os juízes continuarão a ter que decidir sobre elas. Se, pelas razões expostas, o Judiciário não deve distribuir medicamentos ou bens similares de forma irracional a indivíduos, ele deveria ser capaz de canalizar as demandas individuais e, em uma espécie de diálogo constitucional, exigir explicações objetivas e transparentes sobre a alocação de recursos públicos por meio das políticas governamentais, de forma a estar apto a questionar tais alocações com os poderes políticos sempre que necessário for. Ainda mais importante seria o papel do Judiciário, em conjunto com o Ministério Público, como controlador das políticas públicas já existentes. Boa parte dos problemas de efetividade do direito à saúde (e também de outros direitos sociais) decorre muito mais de desvios na execução de políticas públicas do que de falhas na elaboração dessas mesmas políticas. Nesses termos – ou seja, como controlador da execução de políticas já existentes –, o Judiciário conseguiria, ao mesmo tempo, pensar os direitos sociais de forma global, respeitar as políticas públicas planejadas pelos poderes políticos, não fazer realocação irracional e individualista de recursos escassos e, sobretudo, realizar com maior eficiência os direitos sociais.

Contudo, é óbvio que, para isso ocorra, o papel do Judiciário e o foco da ação do Ministério Público têm que ser repensados. Ainda mais: em um país no qual a separação de poderes é interpretada como sinônimo de não-diálogo entre os poderes, como muitas vezes ocorre no Brasil, essa é uma tarefa difícil de ser realizada. Como foi demonstrado anteriormente, contudo, soluções simples, como a distribuição de remédios de forma desordenada, irracional e individualista não irá contribuir para a real implementação dos direitos sociais no país (in: “Direitos Sociais: fundamentação, judicialização e direitos sociais em espécie”, Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2008, p. 587/599) (destaques nossos).

Da Multa Imposta

Permissa vênua, fixar multa diária de R\$ 1.000,00 (mil reais), fere os princípios da razoabilidade e proporcionalidade, a ainda o disposto no artigo 461, §4º do Código de Processo Civil que determina que a multa a ser imposta em caso de descumprimento da decisão judicial deve ser suficiente e compatível com a obrigação, bem como ser fixado prazo razoável para o seu cumprimento.

Indiscutível que a multa prevista no artigo 461 do Estatuto Processual tem natureza de “astreintes”, e existe para forçar o devedor recalcitrante a cumprir a obrigação, assim, a cominação deve cumprir dois requisitos que se complementam, quais sejam: ser **suficiente**, ou seja, nem tão baixa que se torne ineficaz, e não tão alta que se torne impossível, e **compatível**, ou seja, viabilidade entre a situação econômica do devedor e o débito que resultar da aplicação da sanção, não podendo se configurar em um ônus excessivo.

Ora, no caso em tela a agravante não é um devedor recalcitrante, que se negue a dar cumprimento às decisões judiciais por puro capricho, agindo com má-fé. Estamos diante da administração pública, que gere recursos alheios – o patrimônio público, formado pela contribuição de toda a sociedade, sendo o administrador obrigado a prestar contas da aplicação dos recursos, e ainda, seguir procedimentos previstos em lei para a sua aplicação.

Encontrando-se administrador público jungido ao princípio da estrita legalidade, sendo tal inclusive comando constitucional (art.37, Constituição Federal), não pode o agente público fazer tábula rasa dos preceitos legais sob pena de ser responsabilizado nas esferas penais, administrativa e civil.

Assim, o julgador, ao conceder este tipo de tutela deve estar atento às peculiaridades que regem a administração pública, e ainda, que quem suporta este tipo de condenação exacerbada não é a agente porventura negligente ou preguiçoso, mas sim toda a coletividade que acabará por arcar com o pagamento da multa.

De fato, não tendo havido desídia ou negligência por parte do ente público no cumprimento da decisão judicial não há que se falar em fixação de multa diária, ainda mais nos patamares fixados na r. decisão recorrida, sem antes apurar-se a responsabilidade do agente, devendo ser comprovado em juízo que houve demora no cumprimento da decisão por pura má-fé.

Em apoio à tese por nós esposada, trazemos à colação os seguintes julgados, e que apontam para urgente necessidade de reforma da decisão recorrida quanto a esta questão:

“Em princípio, aplica-se às pessoas jurídicas de direito público a disciplina do art. 461 do CPC. Mas, há que atentar para a razoabilidade no uso dos meios coercitivos, pois a administração, jungida à legalidade, nem sempre exhibe condições de atender, prontamente, as chamadas ‘prestações positivas’, resultantes dos comandos constitucionais. E ainda há que considerar que, por lastimável deficiência do ordenamento jurídico pátrio, a multa grava o Erário, jamais o agente político ou o servidor com competência para praticar o ato, pessoalmente, o que, no fundo, a torna inócua.” (RJ 314/104).

E ainda:

“Embora a ‘astreinte’ deva ser expressiva, a ponto de coagir o devedor a cumprir a preceito, não pode configurar-se como ônus excessivo, sob pena de se estar olvidando, com isso, as noções de equidade que devem pautar as decisões judiciais.” (JTJ 260/321)

Demais disto, deve-se ponderar que o Douto Magistrado de primeiro grau concedeu prazo extremamente exíguo para cumprimento da tutela concedida, a saber, singelos dez dias.

Ora, cuidando-se de providência a ser adotada pelo ente público de tal complexidade (disponibilizar a internação do requerido em outra instituição que não

o Hospital local de referência no cuidado de doentes mentais), há de se, ao menos, alargar o prazo para cumprir com dita providência, o que, subsidiariamente, se requer.

Conclusão

“Ex Positis”, por tudo o mais que dos autos consta, requer-se de Vossas Excelências, preclaros julgadores, respeitosamente, que ao presente recurso seja dado efeito suspensivo, tendo em vista a existência dos requisitos para tanto, e ao final seja este provido, cassando a liminar deferida em primeira instância, *sendo decisão neste sentido eivada de sabedoria e justiça, própria, aliás, desse Colendo Tribunal.*

Subsidiariamente, requer o provimento ao presente agravo para ao menos deixar de fixar multa diária pelo descumprimento. Ou, quando menos, para minorar o patamar em que fixada, bem como conceder prazo superior a dez dias para cumprimento da medida.

São Carlos, 05 de outubro de 2010.

RAQUEL CRISTINA MARQUES TOBIAS
Procuradora do Estado
OAB Nº 185.529

PODER JUDICIÁRIO**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO****ACÓRDÃO**

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 0477341-91.2010.8.26.0000, da Comarca de São Carlos, em que é agravante FAZENDA DO ESTADO DE SÃO PAULO sendo agravado(a) LÚCIA DO NASCIMENTO ROCHA (JUSTIÇA GRATUITA).

ACORDAM, em 11a Câmara de Direito Público do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: “DERAM PROVIMENTO AO RECURSO. V. U.”, de conformidade com o voto do(a) Relator(a), que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores PIRES DE ARAÚJO (Presidente sem voto), OSCILD DE LIMA JÚNIOR E AROLDI VIOTTI.

São Paulo, 07 de fevereiro de 2011

FRANCISCO VICENTE ROSSI

Relator

VOTO Nº 14588**AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº: 0477341-91.2010****COMARCA: SÃO CARLOS****Agravante: FAZENDA DO ESTADO DE SÃO PAULO****Agravado(a): LÚCIA DO NASCIMENTO ROCHA****Juiz de 1ª Instância: Sidnei Antônio Cerminaro**

EMENTA: Obrigação de fazer - Tutela antecipada - Inadmissibilidade - O direito à saúde, constitucionalmente garantido não permite ao paciente o direito de escolher hospital, sob pena de ofensa aos princípios da universalidade e igualdade de acesso às ações e serviços que promovam, protegem e recuperam a saúde - O dever do Estado, no campo da saúde, limita-se a dar condições dignas e técnicas para o atendimento em qualquer entidade que atenda às necessidades do cidadão - Dá-se provimento ao recurso.

I. Trata-se de agravo de instrumento interposto pela Fazenda do Estado de São Paulo contra r. decisão que, nos autos da ação de obrigação de fazer proposta por Lúcia do Nascimento Rocha em face do filho Luís Fernando da Rocha Júnior, da FESP e da Municipalidade de São Carlos, deferiu a tutela antecipada.

Concedido o efeito suspensivo ao agravo, com resposta da agravada às fls. 265/286.

É o relatório.

II. Trata-se de ação objetivando a internação em clínica especializada na desintoxicação de drogaditos por tempo indeterminado que não o Hospital Psiquiátrico Cairbar Schutel.

Foi concedida antecipação de tutela para autorizar a internação compulsória de Luís em estabelecimento especializado no tratamento do vício, que não o Hospital Cairbar Schutel, por tempo indeterminado, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00.

Alega a agravante que falta verossimilhança às alegações da agravada, isto porque, resta evidenciado, da análise dos autos, que o requerido adere ao tratamento disponibilizado pela Rede Pública para a sua patologia, confirmando que a terapêutica disponibilizada pelo SUS para o tratamento dos drogaditos é plenamente satisfatória.

Como já decidido por esta C. Câmara, relativamente ao presente caso, no Agravo de Instrumento nº 716.721, o direito à saúde, garantido pela Constituição Federal, art. 196, não vai ao extremo de permitir ao doente o direito de escolher hospital, o que contraria “os princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que promovam, protegem e recuperam a saúde”, como leciona José Afonso da Silva, *Curso de Direito Constitucional Positivo*, 10ª ed., SP: Malheiros, p. 697.

Certo que é dever do Estado, nas três esferas da Federação, formular, implementar as políticas sociais e econômicas que visem a garantir a plena consecução dos objetivos constitucionais, no campo do direito à saúde, mas esta obrigação tem como limite, no caso de internação hospitalar, dar condições dignas e técnicas para o atendimento em qualquer entidade, como ocorreu no caso dos autos, sendo vedado ao Poder Judiciário dar acolhida a situações benéficas ou detrimen-
tosas ao cidadão, desde que amparado pela internação necessária.

III. Pelo exposto, dá-se provimento ao recurso.

FRANCISCO VICENTE ROSSI

Relator