

**AÇÃO CIVIL PÚBLICA**  
**HOSPITAL COLÔNIA RIO BONITO**

**LAURO COELHO JUNIOR**

Procurador da República

**LUCIANA BRAGA MARTINHO**

Promotora de Justiça

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) JUIZ(A) FEDERAL DA \_\_\_\_ VARA FEDERAL DE ITABORAÍ-RJ

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL** e o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, pelo Procurador da República e pela Promotora de Justiça que esta subscrevem, no exercício de suas atribuições constitucionais e legais, litisconsorciados com base no art. 5º, § 5º da Lei 7.347/85 e tendo por referência os documentos anexos produzidos no bojo do Inquérito Civil Público/MPE nº 006/08 e Inquérito Civil Público/MPF nº 1.30.020.000108/2009-16, comparecem perante Vossa Excelência para propor a presente **AÇÃO CIVIL PÚBLICA**, com pedido liminar de antecipação de tutela, contra:

**UNIÃO FEDERAL**, representada pela Advocacia Geral da União, com endereço para citação na Av. Rio Branco, 311, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ;

**ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, representado pela Procuradoria Geral do Estado, com endereço para citação na Rua Dom Manoel, 25, Centro, Rio de Janeiro-RJ;

**MUNICÍPIO DE RIO BONITO**, representado pelo Exmo. Sr. Prefeito José Luiz Alves Antunes, com endereço para citação na Rua Monsenhor Antônio de Souza Gens, 23, Centro, Rio Bonito-RJ;

**HOSPITAL COLÔNIA RIO BONITO LTDA**, CGC/MF nº 31.517.345/0001-40, situado na Rodovia BR 101, Km 51, Rio Bonito-RJ; representado por seu sócio administrador NELSON CID LOUREIRO, CPF nº 014.303.517-72, e por sua procuradora MARIA LUIZA DA CONCEIÇÃO CID LOUREIRO, CPF nº 755.329.567-15, residentes na Rodovia RJ 124, KM 3, Viçosa, Rio Bonito-RJ,

pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos:

## **1. DO OBJETO DA PRESENTE AÇÃO**

A presente ação civil pública tem por finalidade preservar o interesse dos pacientes do Hospital Colônia Rio Bonito, a maioria idosos e incapazes, zelar pelos recursos públicos federais nele aplicados, repassados por intermédio do SUS à referida unidade privada, e obrigar os entes públicos requeridos a dar efetividade aos direitos assegurados na Lei 10.216/01 mediante a assunção de um serviço público que vem sendo prestado em condições degradantes, além da tomada de medidas para implementação da rede de assistência extra-hospitalar em saúde mental.

A Lei 10.216/01 implementou a reforma psiquiátrica para o atenção pública em saúde mental. Essa política antimanicomial busca acabar com o degradante modelo de internação asilar/carcerário pois ele viola os mais básicos direitos humanos dos pacientes e não apresenta qualquer efetividade quanto à tratamento, reabilitação e reinserção social das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Em substituição ao modelo combatido, previu-se um modelo baseado na excepcionalidade da internação e na prevalência de assistência extra-hospitalar, priorizando o atendimento em Centros de Atenção Psicológica e Social - CAPS e a desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência, por meio de projeto terapêutico voltado para a reinserção social. Busca-se a inserção plena do paciente na família, no trabalho e na comunidade, devendo ser a internação medida excepcional, indicada apenas quando os dispositivos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes e somente durante tempo necessário ao restabelecimento. Na assistência extra-hospitalar, as pessoas com transtornos mentais continuam recebendo atendimento especializado, sem ficarem internadas e sem se afastarem do convívio familiar. Os CAPS são unidades de saúde mental especializadas comunitárias, que atendem pessoas com intenso sofrimento psíquico nos diferentes momentos e modalidades de suas necessidades. Nos CAPS são oferecidos desde cuidados clínicos até atividade de reinserção social do paciente. Nesses centros, promove-se o acesso ao trabalho, lazer, direito civis e o fortalecimento dos laços familiares e sociais. São serviços criados como substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. A equipe do CAPS é composta de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, assistentes sociais, enfermeiras e auxiliares de enfermagem.

Para possibilitar a alta de pacientes para os quais a volta à família tornou-se impossível ou inadequada à reinserção social, foram criados os serviços residenciais terapêuticos, que são moradias destinadas a cuidar de até 8 portadores de transtornos mentais, egressos de hospital psiquiátrico internados por longo período de tempo. As residências terapêuticas, vinculadas ao CAPS, são a alternativa para reabilitação das pessoas com transtornos mentais que tiveram os laços familiares rompidos durante a internação nos manicômios.

Em suma, pretende o Ministério Público através da presente ação garantir a implementação da política pública determinada na Lei 10.216/01, dando condições mínimas de dignidade aos pacientes internados no Hospital Colônia Rio Bonito enquanto aguardam a criação da estrutura de atenção extra-hospitalar em seus municípios de origem.

## **2. DA LEGITIMIDADE PARA A CAUSA**

A legitimidade do Ministério Público para propor a presente ação encontra-se expressamente prevista no art. 5º da Lei da Ação Civil Pública e deflui do estabelecido no art. 129, II e III da Constituição da República Federativa do Brasil.

A unidade prestadora de saúde ré, pessoa jurídica de direito privado, atende atualmente a 300 pacientes portadores de doenças mentais. Ela é remunerada com recursos públicos obtidos através do pagamento de Autorizações de Internação Hospitalar – AIHs, por força de convênio com o Sistema Único de Saúde. Trata-se de atividade exercida em caráter complementar das ações e serviços de saúde disponíveis na rede estatal, na forma prevista no art. 24 da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde).

É evidente, pois, a legitimidade do Ministério Público Federal em litisconsórcio ativo com o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro para constar do polo ativo de ação judicial proposta com o objetivo de proteger o direito coletivo de acesso à saúde e tratamento humanitário das pessoas portadoras de transtornos mentais, pacientes do SUS, em especial, dos internos do Hospital Colonia Rio Bonito, e assim preservar a integridade dos recursos

públicos, sobretudo federais, destinados à saúde, garantindo assistência e bem estar aos usuários da rede complementar de saúde pública, o que não vem sendo observado na unidade em questão.

A legitimidade da União Federal, do Estado do Rio de Janeiro e do Município de Rio Bonito para figurarem no polo passivo da presente resulta do fato de serem solidariamente responsáveis por assegurar assistência às pessoas acometidas de transtornos mentais nos moldes determinados pela Lei 10.216/2000 (art. 3º), seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90).

A legitimidade da União Federal se explica em virtude da sua condição de instância normativa do SUS, do fato de contribuir com a maior parcela dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde com vistas ao financiamento das ações de saúde, inclusive em saúde mental. Essas verbas federais, portanto, contemplam os recursos empregados no pagamento dos prestadores da rede conveniada, inclusive os recursos pagos ao Hospital Colonia Rio Bonito, recursos sujeitos a supervisão do Tribunal de Contas da União.

A legitimidade do Estado do Rio de Janeiro decorre em particular da condição de regulador e gestor do subsistema estadual de saúde e de gestor do subsistema local no Município de Rio Bonito até janeiro de 2010, exatamente pela necessidade de assegurar a assistência devida aos pacientes do Hospital Colonia Rio Bonito.

A legitimidade do Município de Rio Bonito para também figurar no polo passivo da ação resulta especialmente do fato de ter assumido, a partir do dia 1º de janeiro de 2010, a condição de gestor pleno do subsistema local de saúde, estando assim responsável pela supervisão dos prestadores privados conveniados ao SUS estabelecidos nos limites municipais, bem como por ser o responsável, em âmbito local, pela estruturação da rede de assistência extra-hospitalar em saúde mental, na forma da Lei 10.216/01.

### **3. DA COMPETÊNCIA**

A competência da Justiça Federal para o julgamento da presente demanda decorre dos expressos termos do artigo 109 da Constituição Federal. Isto porque esta ação tem o Ministério Público Federal como um de seus autores, a União Federal como ré e tem por objetivo dar efetividade ao direito fundamental à saúde e a proteção dos direitos dos portadores de transtornos mentais estabelecidos na Lei nº. 10.216/2000, ameaçados pela incúria dos responsáveis pela administração federal, no que respeita ao cumprimento das normas de regência dos SUS.

#### **4. DOS FATOS**

O Hospital Colonia Rio Bonito, localizado na área rural do Município de Rio Bonito-RJ, às margens da BR-101, é uma unidade hospitalar privada que presta serviços de psiquiatria exclusivamente de forma conveniada ao SUS. Este verdadeiro manicômio, com plena ciência do Poder Público, vem sendo gerido há tempos com verdadeiro descaso, sem respeito às mais elementares normas de saúde pública, aos direitos fundamentais de sua clientela e ao dinheiro público que ali é aplicado. Fato particularmente grave quando se recorda que os seus pacientes, portadores de doenças mentais, são particularmente vulneráveis.

O hospital possui pavilhões femininos e masculinos e atende, desde dependentes químicos até psicopatas graves, incluindo todo tipo de distúrbio mental, inclusive desvios agressivos de comportamento. A clientela é constituída de pessoas que são incapazes ou tem limites na expressão da própria vontade e que não contam com assistência familiar ou provém de familiares sem recursos, sendo boa parte dela idosos. Muitos são socialmente excluídos ou marginalizados e por tais razões dependentes completamente da atenção do Poder Público.

Em que pese a característica de específica vulnerabilidade das centenas de pacientes ali internados, a exigir especial empenho por parte do Poder Público e da gestão privada envolvida, o que se verificou pelo menos durante os últimos três anos, período a partir do qual o Ministério Público passou a acompanhar o caso, foi a contínua e constrangedora situação degradante de internação e assistência aos pacientes do HCRB.

Em maio de 2008, foi encaminhada ao Ministério Público Estadual

representação do Conselho Regional de Psicologia (**Documento 1**) composta por um relatório acerca de inspeção realizada no HCRB juntamente com o Grupo Tortura Nunca Mais e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Durante a inspeção, verificou-se um quadro generalizado de condições de má higiene nas enfermarias, sempre com forte odor de urina, sendo que os banheiros encontravam-se constantemente gradeados e trancados com cadeado, muitos dos pacientes estavam descalços, sendo que, consoante o relatado, a maioria apresentava doenças de pele, dentes em péssimas condições e cortes nos pés.

Instaurado pelo Ministério Público Estadual inquérito civil público (**Documento 2**), apurou-se que o HCBR, por não haver preenchido as condições mínimas do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, foi descredenciado pelo Ministério da Saúde para receber novos pacientes em 2007 (Portaria GM 501, de 13 de setembro de 2007), devendo iniciar-se a partir de então, na forma da Lei 10.216/01, um processo de retirada daquelas pessoas para dispositivos de tratamento preferencialmente extra-hospitalares com posterior encerramento das atividades do manicômio.

Ouvida a gestão do HCRB, conforme termo de declarações (**Documento 3**) prestado pela procuradora Maria Luiza da Conceição Cid Loureiro, esposa de seu proprietário Nelson Cid Loureiro, foi alegada falta de condições para prestar atendimento adequado aos pacientes diante do reduzido valor da diária paga, situação que se agravou após o descredenciamento, nos termos da portaria do Ministério da Saúde que o reduzia para patamar inferior ao ordinário.

Instado a se manifestar sobre a questão, o Estado do Rio de Janeiro, por meio da Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde, encaminhou relatório (**Documento 4**) informando ter iniciado um trabalho de articulação entre as equipes de saúde mental dos municípios do Estado e o HCRB, visando a desinternação dos pacientes. Ocorre que tal esforço não obteve o resultado esperado, pois demandava um trabalho intenso que deveria ser realizado pelas equipes de saúde mental dos municípios internantes, em conjunto com a equipe do hospital, fato este que não vinha ocorrendo. Àquela época, o hospital contava com quase 500 pacientes com perfil de longa institucionalização. Diante da situação exposta, a área técnica em

saúde mental do Estado do Rio de Janeiro afirmou a urgência em que fossem estabelecidas parcerias e redefinidas responsabilidades para a efetivação do processo de desinstitucionalização.

Manifestando-se sobre o problema, o Município de Rio Bonito encaminhou por sua Secretaria Municipal de Saúde relatório (**Documento 5**) em que ressalta as dificuldades na execução da política antimanicomial, sobretudo pelo fato de que grande parte dos municípios de origem dos pacientes não prestavam atendimento adequado aos portadores de transtorno mental.

Neste momento inicial de colheita de informações, merece destaque as informações contidas nos relatórios produzidos pelo Grupo de Apoio Técnico Especializado (**Documento 6**) e pela Divisão de Apoio Social e Psicológico (**Documento 7**) do Ministério Público Estadual, documentos nos quais foi enfatizada a necessidade de pactuação com os municípios internantes, bem como a criação de serviços e dispositivos extra-hospitalares substitutivos em saúde mental, como os Centros de Assistência Psicológica e Social e as residências terapêuticas, aliados a um aporte de verbas, a fim de que a desinstitucionalização fosse eficazmente executada.

Diante do apurado, o Ministério Público Estadual encaminhou no final de 2009 cópia da documentação até aquele momento produzida ao Ministério Público Federal, considerando a atribuição solidária das três esferas públicas, inclusive a federal, para a execução da política antimanicomial em saúde mental. Instaurou-se então, também no âmbito do Ministério Público Federal, inquérito civil público (**Documento 8**), iniciando-se a naquele momento uma atuação que foi realizada até o presente momento conjuntamente.

A partir de então, foram realizadas reuniões com os gestores dos entes públicos responsáveis (**Documento 9**). Dos pontos discutidos, destacava-se a inexistência de um levantamento completo e conclusivo a respeito da situação terapêutica dos pacientes internados e seus municípios de origem, dados estes indispensáveis para a definição das medidas adequadas a serem tomadas, bem como para a atribuição de suas responsabilidades. Até aquele momento, os órgãos envolvidos vinham apenas trabalhando com os dados oficiais obtidos através de levantamento manual feito pelo próprio Ministério Público Estadual através dos documentos e

planilhas encaminhados. Depreendia-se dos relatos dos próprios órgãos estatais a existência de obstáculos de toda sorte que dificultavam a própria execução deste censo psicossocial e do acompanhamento e evolução das situações individuais até o recebimento da alta hospitalar. Referidas ações constituíam-se em instrumentos indispensáveis para a identificação das estruturas que ainda precisavam ser providenciadas por cada município com o objetivo de continuar a prestar assistência aos pacientes que fossem retirados do HCRB.

Foi então realizada inspeção no HCRB em março de 2010 pelos órgãos do Ministério Público que subscrevem esta peça, acompanhados por representantes de diversos conselhos regionais de profissionais da área de saúde. Nos termos de relatório elaborado pelo Conselho Regional de Psicologia (**Documento 10**), foi confirmada *in loco* a situação degradante de completo abandono em que se encontravam os pacientes do HCRB, incapaz de proporcionar à sua clientela um tratamento compatível com as condições mínimas de dignidade inerentes a todo ser humano. Conforme ilustram as fotos tiradas no local (**CD 1**), era evidente a precariedade das instalações físicas, a falta de higiene nos sanitários e postos de enfermagem, a presença de moscas, baratas e pássaros nas dependências da cozinha, o cardápio de alimentação pouco diversificado e de má qualidade, a falta de programação de atividades terapêuticas para os pacientes, a falta de lençóis, roupas e objetos de higiene pessoal, enfim, um ambiente fétido, degradante, comparável ao de uma masmorra ou de um campo de concentração, situação inaceitável em pleno Século XXI.

Manifestando-se sobre o problema, a União, por meio da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde - depois de reunião realizada em Brasília em que reconheceu não saber que a situação do HCRB era tão ruim – afirmou em ofício (**Documento 11**) que estavam sendo definidas ações para auxiliar o Estado do Rio de Janeiro, o Município de Rio Bonito e os demais municípios internantes no processo de desinstitucionalização do HCRB.

As discussões então avançaram no sentido da celebração de um acordo a fim de garantir um atendimento satisfatório pelo HCRB e ao mesmo tempo acelerar seu processo de desinstitucionalização. Nova reunião foi realizada (**Documento 12**) culminado, depois da expedição de recomendação conjunta (**Documento 13**) pelo Ministério Público Federal e pelo

Ministério Público Estadual, com elaboração pela União Federal, pelo Estado do Rio de Janeiro e pelo Município de Rio Bonito de um plano de ação visando a melhoria do tratamento dos pacientes e a estrutura física do hospital, com especificação de prazos e adoção de medidas efetivas, inclusive de caráter emergencial (**Documento 14**).

Após alguns ajustes realizados em reunião (**Documento 15**), elaborou-se então uma minuta de termo de ajustamento de conduta que foi submetida antes mesmo da assinatura à ciência da direção do HCRB (**Documento 16**), uma vez que se optou naquele momento pela manutenção da gestão privada pois as medidas tomadas mostravam-se suficientes para dar condições operacionais e financeiras para a prestação dos serviços pelo hospital conveniado de maneira minimamente regular.

O TAC (**Documento 17**), de julho de 2010, estabeleceu uma série de medidas a serem adotadas no prazo de 12 meses, estruturando-se em torno a três pilares: criação de uma estrutura administrativa capaz de gerir o processo, adoção de medidas emergenciais e aceleração do processo de retirada dos pacientes. Nesse sentido, especificaram-se como suas principais providências as seguintes:

**- criação de uma comissão tripartite formada por membros da União, do Estado do Rio de Janeiro e do Município de Rio Bonito e contratação de equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiro, assistente social e psicólogo** - com a responsabilidade de monitorar e avaliar continuamente todo o processo de desinstitucionalização dos pacientes para os seus municípios de origem, buscando imprimir agilidade ao processo devendo apresentar o censo clínico e psicossocial dos pacientes internados (relatório com informações consolidadas sobre o universo dos pacientes internados com especificação do município internante, grau de autonomia, laços familiares, condições clínicas e indicação do projeto terapêutico extra-hospitalar) e reestruturar o funcionamento técnico-operacional do HCRB (em cooperação com a sua equipe de funcionários);

**- adoção de medidas emergenciais para melhoria da assistência aos pacientes enquanto aguardam a desinstitucionalização** – dentre as medidas destaca-se a

aquisição de insumos e contratação de serviços de reparos para as dependências físicas do HCRB (com financiamento da União e execução pelo Município de Rio Bonito); o repasse pela União de recursos (Autorização de Internação Hospitalar - AIHs) adicionais referente a 400 pacientes internados no início do plano de ação acordado, ainda que que o número total de pacientes fosse menor (estes valores foram repassados ao Fundo Municipal de Saúde, encarregando-se a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Bonito de estabelecer metas a serem cumpridas para o repasse dos valores ao HCRB); e a transferência imediata de pacientes com comprometimento clínico grave;

**- implementação de medidas visando a retirada de todos os pacientes do HCRB para inserção deles no modelo de atenção extra-hospitalar** – foi acordada a implementação pelo Município de Rio Bonito de duas residências terapêuticas e a pactuação com os demais municípios internantes, inclusive mediante a celebração de termos de ajustamento de conduta específicos, estabelecendo-se metas e prazos definidos para estruturação das redes municipais de atendimento em saúde mental, com especificação das medidas a serem adotadas após a formalização do censo psicossocial de pacientes por municípios internantes.

Imediatamente depois do acordo para o ajustamento de conduta, apresentaram-se inúmeras dificuldades para a sua execução devido à desorganização administrativa e contábil encontrada no HCRB e à não colaboração por parte da sua direção com o processo, situação relatada em reunião realizada com o Ministério Público Estadual (**Documento 18**) e no primeiro relatório mensal de execução do plano de ação (**Documento 19**). Segundo o contido no documento, o estoque de alimentação zerou, assim como os medicamentos, fato que obrigou a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Bonito a fazer doações emergenciais de tais gêneros.

Nesse sentido, uma das primeiras medidas concluída após o acordo para o ajustamento de conduta foi a realização de auditoria pelo Departamento Nacional de Auditoria em Saúde (Denasus) do Ministério da Saúde. A informação técnica preliminar apresentada (**Documento 20**) confirmou a manutenção da situação encontrada nas vistorias anteriormente realizadas. No entanto, o que chamou mais atenção foi a calamidade da situação administrativa e contábil encontrada pelo Denasus no HCRB, não tendo sido apresentados documentos solicitados, nem justificada a aplicação de empréstimos, o que prejudicou o

levantamento sobre o montante real da dívida do estabelecimento. Além disso, foram constadas outras irregularidades como a falta do pagamento de verbas trabalhistas e indícios de que funcionários do hospital trabalhavam na fazenda de seus proprietários. As conclusões preliminares do Denasus ainda foram respaldadas por levantamento feito contábil pelo Grupo de Apoio Técnico Especializado do Ministério Público Estadual (**Documento 21**) que destaca se o elevado gasto com pessoal, empregando o HCRB mais de um funcionário por paciente, não sendo possível, no entanto, determinar o montante da dívida do hospital.

Nesse momento, o HCRB realmente alegava não ter condições de manter o seu funcionamento, encaminhando diversas cartas ao Ministério Público (**Documento 22**), em que se dizia impedido de realizar novas compras por não terem sido honrados pagamentos com alimentação, limpeza, manutenção em geral, gás de cozinha, medicamentos, etc. Com efeito, alegava que a situação financeira do hospital era insustentável, não mais sendo possível manter os padrões mínimos de dignidade dos pacientes.

Diante desta situação foram realizadas mais reuniões (**Documento 23**), inclusive uma audiência pública com os funcionários e o prefeito de Rio Bonito nas instalações do HCRB, procurando-se dar início efetivo à execução do TAC que ainda não apresentava resultado. Nestas ocasiões, foram tratados problemas como a apreensão dos funcionários do HCRB, que não recebiam várias das verbas trabalhistas a que tinham direito, tendo sido a questão levada pessoalmente ao conhecimento do Ministério Público do Trabalho. Ainda houve demora no repasse pela União e pelo Estado do Rio de Janeiro das verbas acordadas e dificuldade encontrada junto à direção do HCRB para colaborar com o processo, sendo ela instada, sem sucesso, a apresentar documentos aptos a comprovar a utilização de valores repassados pelo SUS.

Em nova reunião realizada em Brasília com a Coordenação Nacional de Saúde Mental, encareceu-se a necessidade de que fosse dada “governabilidade” aos trabalhos da comissão tripartite, especialmente de modo a respaldar o Município de Rio Bonito ante as dificuldades apresentadas pela direção do HCRB, sob pena de judicialização imediata da questão. Ressalte-se que, até aquele momento, ainda não tinham retornado de Brasília as vias do TAC encaminhadas para colheita de assinaturas das autoridades competentes do Ministério da Saúde, o

que só veio a ocorrer no final de agosto de 2010, atrasando o repasse das verbas federais acordadas, fundamentais para o desenvolvimento do plano de ação.

Ante tais dificuldades, pôde-se perceber a incapacidade da comissão tripartite em gerir de maneira ágil o processo, motivo pelo qual a todo o momento o Ministério Público estava sendo instado formal ou informalmente a orientar os gestores envolvidos.

Contratada a equipe multiprofissional, iniciou-se o levantamento da situação clínica dos internos, sendo realizados ajustes com respeito ao encaminhamento de possíveis emergências clínicas, internações e procedimentos não emergenciais e a realização de exames complementares em todos os pacientes internados, além do tratamento geral contra problemas de pele e verminoses. No entanto, em relação ao censo psicossocial dos pacientes internados, somente foram encaminhadas planilhas contendo dados colhidos com este fim (**Documento 24**), não sendo remetidos relatórios consolidados separados por município internante.

Passados 90 dias da celebração do TAC, em outubro de 2010, foi feita reunião com os três entes públicos envolvidos para avaliação de seu cumprimento (**Documento 25**). Na ocasião, o Ministério da Saúde ainda não havia editado portaria liberando recursos para custear reparos emergenciais na estrutura física do HCRB e ainda havia impasse em relação à necessidade de regulamentação pelo Ministério da Saúde da utilização dos valores excedentes das 400 AIHs que não fossem repassados à gestão privada do HCRB. Também o Denasus ainda não havia apresentado relatório conclusivo sobre o seu trabalho de auditoria operacional e contábil realizado no HCRB. Já o Município de Rio Bonito relatou que não conseguiria cumprir no prazo de 120 dias a obrigação relativa a implementação de 02 residências terapêuticas.

Dando-se seguimento ao processo de execução do TAC, foi realizada em novembro de 2010 reunião com o Colégio Estadual de Secretários Municipais de Saúde. Na ocasião, foi exposto aos gestores municipais presentes dados sobre o censo psicossocial realizado, sendo encarecida a responsabilidade de cada um deles em relação à supressão das carências identificadas em cada um dos municípios internantes de pacientes no HCRB. No entanto, devido à falta da consolidação dos dados do mencionado censo psicossocial, o processo não acelerou como

se esperava.

Apesar de todas as dificuldades relatadas, depois de finalmente ter sido editada a Portaria nº 3.354/2010 (**Documento 26**) pelo Ministério da Saúde dispondo sobre os repasses disponibilizados ao Município de Rio Bonito durante o processo de desinstitucionalização do HCRB, o plano de ação avançou minimamente até o fim de seu prazo inicial estipulado em 12 meses, não havendo a necessidade da intervenção constante do Ministério Público.

Nesse sentido, foi apresentado o resultado da Auditoria nº 10049 realizada pelo Denasus (**Documento 27**) e a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Bonito encaminhou relatório (**Documento 28**) do qual se noticia a inauguração, em julho de 2011, de uma residência terapêutica, sendo que outras duas estavam em processo de construção. Relatou-se ainda o efetivo repasse dos recursos federais para obras no hospital, sendo que duas enfermarias já tinham sido reformadas e a reforma de outras duas estaria em processo de conclusão. Já os pacientes estavam recebendo atendimento pela equipe de profissionais contratados, com realização de consultas e exames clínicos e fornecimento de medicamentos e alimentos.

Ocorre que tais informações somente foram repassadas ao Ministério Público após o fim do prazo de 12 meses estipulado para o plano de ação. Isso porque a comissão tripartite deixou de produzir os relatórios mensais para fiscalização do cumprimento do TAC, ainda que cobrada nesse sentido (**Documento 29**), o que dificultou a identificação imediata de eventuais problemas. Da mesma forma, o Município de Rio Bonito não apresentou qualquer prestação de contas em relação aos recursos repassados pela União relativos ao custeio de obras emergenciais e à diferença das 400 AIHs não repassadas ao HCRB.

Assim, passado um ano do ajustamento de conduta, após o decurso do prazo de execução inicialmente estipulado, pôde-se perceber que o TAC obteve um sucesso tão somente parcial. Nesse sentido, foi devidamente criada uma estrutura administrativa para gerenciar o processo de desinstitucionalização e tomadas medidas emergenciais com a finalidade de dar condições dignas de habitabilidade e tratamento aos mais de 300 pacientes que ainda aguardavam nesse momento a criação das estruturas de atenção extra-hospitalar em seus municípios de origem.

Assim, para a sequência do processo de desinstitucionalização, que não avançou como se esperava, uma vez que não foi possível promover a retirada da maioria dos pacientes internados, era necessária a estipulação de um novo acordo entre os entes públicos envolvidos visando a prorrogação do plano de ação, de modo a que se assegurasse a continuidade dos trabalhos da comissão tripartite e da equipe multidisciplinar, bem como a sustentação financeira e operacional da atividade hospital.

Outrossim, deveria ser intensificado bastante o trabalho junto aos municípios internantes para que estes efetivamente criassem suas estruturas de atenção à saúde mental para receber seus pacientes internados no HCRB. Em relação ao ponto, assevera-se o papel do Ministério Público, seja mediante a celebração de termos de ajustamento de conduta, seja mediante a propositura de ações judiciais. Para tal trabalho, não obstante, era indispensável o fornecimento pela comissão tripartite da consolidação dos dados do censo psicossocial em relatórios específicos para cada um dos municípios internantes, com indicação das carências de cada um deles, o que ainda não tinha sido feito de forma adequada apesar das insistentes cobranças.

Nesse sentido, foram retomadas as discussões em agosto de 2011 através da realização de uma nova reunião (**Documento 30**) visando a colheita de informações e debate a respeito das medidas a serem adotadas com vistas à prorrogação do plano de ação e à resolução das falhas e demais pendências para cumprimento do ajustamento de conduta. A comissão tripartite apresentou então relatório resumido (**Documento 31**) sobre as medidas adotadas desde a celebração do TAC, ressaltando, mais uma vez, que embora tenha havido melhora nas condições de tratamento aos pacientes internados no HCRB, a grande maioria permanecia hospitalizada, em razão da ausência de infraestrutura adequada na rede de saúde mental dos seus municípios de origem. Ainda no curso da referida reunião, foi apresentado pela Secretaria de Estado de Saúde relatório circunstanciado sobre as deficiências da rede de saúde mental dos municípios internantes. Concluiu-se, no entanto, que tal relatório ainda era insuficiente no sentido de apontar as medidas específicas a serem adotadas por cada município, motivo pelo qual deliberou-se pelo encaminhamento de relatório mais detalhado, com dados separados para cada município, o que finalmente foi feito mediante o encaminhamento de mídia eletrônica (**CD 2**). Já o Município de Rio

Bonito apresentou relatório sobre as reformas realizadas no hospital, de forma a melhorar a habitabilidade dos pacientes (**Documento 32**), sem contudo oferecer prestação de contas dos recursos federais utilizados. Verificou-se que a Secretaria de Estado de Saúde deliberou pela prorrogação do prazo para repasse de verbas ao Município de Rio Bonito, nos termos da Resolução SES nº 60/2011 (**Documento 33**), a serem utilizadas para a manutenção da equipe multiprofissional para atuação no HCRB, comprometendo-se a gestão municipal a prorrogar a contratação. Por sua vez, o Ministério da Saúde permaneceu repassando a diferença das AIHs ao Município de Rio Bonito, conforme pactuado no TAC, para as medidas emergenciais de funcionamento do hospital. Ao final, deliberou-se que seria realizada nova reunião um mês depois para apresentação de prestação de contas dos recursos utilizados pelo Município de Rio Bonito e de uma minuta de um novo termo de ajustamento de conduta prevendo a intervenção no hospital, assumindo os gestores públicos a administração técnico-financeira do serviço.

Nesta última reunião (**Documento 34**), realizada em 05 de outubro de 2011, os membros da comissão tripartite compareceram sem apresentar qualquer proposta para um novo plano de ação. Foi novamente discutida a inviabilidade do modelo adotado de manutenção da gestão privada do HCRB, motivo pelo qual a intervenção mostrava-se inevitável, muito embora o Município de Rio Bonito, gestor pleno do SUS, alegasse receio na tomada da medida por não ter garantido o suporte da União e do Estado do Rio de Janeiro e ainda por temer responder solidariamente pelo passivo trabalhista do HCRB. Deliberou-se então, que num prazo de 30 dias, deveria ser apresentada uma minuta de novo TAC com proposta em relação às especificações sobre a forma como a intervenção deveria ser realizada. Definiu-se ainda, como medida emergencial, que o Município de Rio Bonito deveria gerir o valor que a União continuou a pagar relativo à diferença das 400 AIHs não repassadas ao HCRB por não atingir as metas da avaliação, fornecendo diretamente insumos básicos, como alimentos, medicamentos, vestuário e manutenção de equipamentos.

Transcorrido o prazo final de 30 dias estalecido, não foi encaminhada qualquer proposta pelos entes, pelo que se evidencia desinteresse político ou incapacidade de articulação institucional para a celebração de um novo acordo. Assim, malgrado tenham sido instadas as três esferas governamentais (União, Estado do Rio de Janeiro e Município de Rio

Bonito) a adotarem um novo modelo de gestão do nosocômio, inclusive através de inúmeros e-mails encaminhados não houve efetivação de qualquer medida neste sentido.

Para piorar a situação, a administração do HCRB mandou nas últimas semanas inúmeras reclamações de que os recursos recebidos já não eram mais suficientes para suportar as despesas do hospital e que faltavam insumos de toda natureza, desde gêneros alimentícios e medicamentos até material de limpeza. Informaram ainda falta de recursos inclusive para pagamento de vale transporte para funcionários, gasolina para ambulância e manutenção de maquinário (**Documento 35**).

Ante a falta de posicionamento do Poder Público e de modo a averiguar os veementes pedidos de providências da administração do HCRB, o Ministério Público, através do procurador da República signatário, compareceu ao nosocômio no último dia 23 de novembro de 2011 para realizar uma nova vistoria. De forma geral, a situação da estrutura física do hospital estava um pouco melhor que a verificada em março de 2010, conforme se demonstra nas fotografias tiradas no local (**CD 3**). O hospital estava mais limpo e ambiente não estava fétido como antes. Mesmo assim, ainda era possível observar sujeira e baratas mortas em alguns pontos. Duas enfermarias foram reformadas e apresentavam aspecto estrutural razoável. No entanto, pelo menos outras três eram ocupadas nas mesmas condições anteriores e mais duas, para nossa surpresa, estavam com as obras de reparo acordadas no TAC inacabadas e paralisadas há meses, segundo informações dos funcionários. Tal fato, além de revelar má utilização de verbas da União, cujas contas não foram devidamente prestadas, impede o fechamento das enfermarias em piores condições. Estas, por sua vez, ainda apresentam infiltrações, camas quebradas, colchões rasgados e instalações elétricas e hidráulicas em mal funcionamento. Foram ainda apresentados vários equipamentos sem funcionamento, como um frigorífico e uma máquina de lavar. Já os pacientes, que permanecem em situação de penúria, apesar de parecerem um pouco mais asseados, estavam, da mesma maneira que na vistoria anterior, completamente ociosos, deambulando abandonados e aparentemente sem receber qualquer tratamento. Segundo informações dos funcionários, não havia remédio para tratá-los. Na cozinha, foi relatado que o estoque de comida era suficiente apenas para o abastecimento por mais alguns dias.

Na saída, foi realizada breve reunião com a administração do HCRB, presente a Sra. Maria Luiza da Conceição Cid Loureiro, proprietária do hospital, a responsável administrativa e um advogado. A principal queixa por eles relatada é que, sem receber as diferenças das AIHs, o hospital não consegue se manter, pois a folha de pagamento dos funcionários consome quase todo a verba repassada pelo SUS. No entanto, tal verba somente foi paga por 3 vezes desde a assinatura do TAC, pois o hospital não atinge, segundo o Município de Rio Bonito, avaliação suficiente. Alegaram que, além das avaliações sempre terem sido feitas com atraso, os seus critérios são obscuros, impossíveis de contestar e o resultado é imposto arbitrariamente pelo Município de Rio Bonito, conforme consta das atas formuladas (**Documento 36**). Não bastasse o não repasse das verbas adicionais, alegaram que o Município de Rio Bonito jamais respondeu satisfatoriamente os reclamos para fornecimento de insumos, adquirindo, nas poucas vezes em que assim procedeu, quantidade inferior à solicitada. Ao final, apresentou a administração do hospital ofício da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Bonito, na qual se informa que, conforme entendimento com o Ministério Público, somente se comprometeria a responder às solicitações emergenciais de insumos do HCRB até o dia 05 de novembro de 2011 (**Documento 37**).

Apesar de todas as medidas incansavelmente tomadas pelo Ministério Público ao longo dos últimos três anos, em que dezenas de reuniões foram realizadas, a situação é calamitosa. Enquanto a administração do HCRB alega não ter condições mínimas de prestar assistência aos 300 pacientes que lá estão nesse momento, passado o período estabelecido para a apresentação de um novo plano de ação, além de nada ter sido comunicado, verifica-se que o Município de Rio Bonito nem mesmo se compromete mais a adquirir emergencialmente os insumos que o HCRB necessita!

Deve-se esclarecer que o Município de Rio Bonito, de gestão plena na área de saúde, em virtude do acordado no TAC, conforme cláusula 3.3, continua recebendo da União o valor correspondente a 400 AIHs, ou seja, há uma verba excedente de pelo menos 100 AIHs, subtraídas as 300 AIHs dos pacientes efetivamente internados no HCRB até o último levantamento. Esta verba extra, segundo previsto na cláusula 3.2 do TAC, deveria ser repassada ao hospital para melhoria das condições de funcionamento, mediante plano de ação. O hospital alega que apenas recebeu esta verba extra por alguns meses e que o Município de Rio Bonito não mais

repassou qualquer valor, sob a alegação de que o hospital não alcançou a pontuação no sistema de avaliação do de ação. Ocorre que, uma vez não repassada a verba extra ao hospital, deveria o Município de Rio Bonito adquirir diretamente os insumos necessários para o regular funcionamento da unidade, de acordo com as emergências evidenciadas, conforme inclusive restou esclarecido na reunião realizada no dia 05 de outubro de 2011. Contudo, em que pese esta orientação, o que se evidencia é que o Município de Rio Bonito fez algumas compras emergenciais, conforme foi sendo apresentado pelo hospital, mas sempre em quantidade inferior ao necessário, não comprovando o efetivo emprego desta verba excedente por meio de prestação de contas.

Demonstrada a insustentabilidade da situação que compromete o bom andamento das tratativas até então existentes, consubstanciadas em novo termo de ajustamento de conduta, mostra-se imprescindível a adoção de providências que retirem a administração do hospital de seus proprietários, sob pena de piorar ainda mais a condição dos pacientes lá hospitalizados e do serviço prestado.

Encerrado o prazo de cumprimento do TAC, os entes públicos (Município de Rio Bonito, Estado do Rio de Janeiro e União) se mostram omissos já que, instados a apresentarem novo plano de ação para continuidade do processo de desospitalização não apresentaram qualquer resposta, aguardando que o Ministério Público tome as rédeas da situação, numa completa inversão de valores.

Depreende-se de todo o relatado que o Ministério Público realizou dezenas de reuniões, expediu inúmeros ofícios, efetuou várias diligências e realizou várias tratativas objetivando que os gestores implantassem rede de serviços extra-hospitalar para atender os portadores de transtornos mentais do HCRB. Para tanto, inclusive celebrou termo de ajustamento de conduta que tinha a ambiciosa meta de encerrar as atividades do hospital em 12 meses, transferindo todos os pacientes para a rede de atenção extra-hospitalar a ser implantada nos municípios internantes.

O Município de Rio Bonito afinal demonstrou que não tem interesse em assumir a gestão do HCRB nem de suportar emergencialmente suas necessidades mediante a

aquisição de insumos para os quais recebe verbas extras da União.

O Estado do Rio de Janeiro e a União Federal, de outro lado, são gestores do SUS, co-responsáveis pela implementação do novo modelo de atenção mental previsto na Lei nº 10.216/01 e também pelo processo de implantação e cadastramento dos CAPS. Verificou-se que ambos não agem com presteza no processo de implantação desses serviços e nem mesmo são capazes de oferecer suporte ao Município de Rio Bonito para resolver a situação de calamidade vivida no HCRB.

E, enquanto isso, os direitos dos portadores de transtorno mental continuam sendo violados diuturnamente em Rio Bonito em situação de evidente calamidade pública, que causa irreversível e evidente dano moral aos doentes, às suas famílias e a toda a sociedade.

Sendo assim, não resta outra alternativa senão acionar judicialmente as três esferas governamentais, através de seus gestores, juntamente com o HCRB, para que deem efetividade à desospitalização pretendida, mantendo padrões mínimos de habitabilidade ao hospital, com alimentação e medicação a todos os pacientes, enquanto não houver a retirada total destes, efetivando-se tal medida através da requisição do serviço público.

## **5. DO DIREITO**

### **5.1. Do Sistema Único de Saúde**

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no seu artigo 196 prevê 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 a sua promoção, proteção e recuperação”***. Logo em seguida a Lei Maior prevê, conforme seu art. 198 que ***“as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.”***

Assim, a União, os Estados-membros e os Municípios são igualmente responsáveis por prover este direito fundamental, na medida da sua competência, consoante dispõe o art. 23, caput, II, da CF/88, *in verbis*:

**É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:**

(...)

**II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;**

Para implementar o Sistema Único de Saúde, foi editada a Lei 8.080/90 que em seu art. 7<sup>a</sup>, inciso XI, preconiza a **“conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população.”**

Insta salientar que cabe aos município internantes a iniciativa na criação e estruturação da rede extra-hospitalar, diante da condição de gestores diretos e locais do Sistema Único de Saúde. É o que se deduz da interpretação do art. 7<sup>o</sup>, IX da Lei 8.080/90, que estabelece como diretriz do SUS **“a descentralização político-administrativa com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios”**, em conjunto com seu art. 18, *in verbis*:

**Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:**

**I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;**

**II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual**

Não obstante, o direito ao acesso aos serviços extra-hospitalares, em consonância com o novo modelo criado pela lei nº 10.216/01, indiscutivelmente, depende de ações do Ministério da Saúde e do financiamento da União, bem como da coordenação dos Estados-membros. Caso restem inertes estes entes públicos, não haverá prestação adequada do direito à saúde aos portadores de enfermidades mentais.

A par desse sistema público único, a Constituição Federal, em seu artigo 199, assegurou também à iniciativa privada a prestação de serviços de saúde, embora sob regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público. A iniciativa privada, portanto, pode

participar do sistema público – SUS, nos moldes estabelecidos no § 1º do art. 199, da Constituição Federal, *in verbis*:

**As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.**

A Lei 8.080/90 reproduz o dispositivo constitucional estabelecendo, em seu artigo 26, § 2º que:

**Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, mantido o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.**

Extrai-se dos dispositivos constitucional e legal transcritos que a partir do momento em que passam a integrar o SUS, as instituições privadas de saúde vinculam-se às normas e diretrizes traçadas pela direção do sistema. Feita esta opção, elas passam a prestar serviços públicos de saúde, devendo sua atividade-fim sujeitar-se às diretrizes traçadas pela direção do SUS.

Portanto, no caso em tela a União, o Estado do Rio de Janeiro, o Município de Rio Bonito e o HCRB são inegavelmente responsáveis pelos cidadãos internados que estão sendo submetidos à uma situação evidentemente violadora dos mais elementares direitos humanos.

## **5.2. A política antimanicomial da Lei 10.216/01**

A Lei 10.216/01 estabeleceu os princípios, os procedimentos e as finalidades que devem ser respeitadas no atendimento em saúde mental, prevendo que ele deve ser prestado com eficiência e preservação da dignidade humana dos pacientes e de suas famílias. Segundo os seus termos, *in verbis*:

**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.

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

**§1º - O tratamento visará como finalidade permanente, à 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.**

Conforme mencionado no início desta petição, o Poder Público tem perseguido a mudança do modelo hospitalocêntrico para um modelo baseado na excepcionalidade da internação e prevalência de assistência extra-hospitalar. Deve-se, portanto, priorizar o atendimento dos pacientes portadores de transtornos mentais em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e desinstitucionalizar os pacientes de longa permanência, entendidos como aqueles internados nos hospitais psiquiátricos por período superior a um ano, por meio de projeto terapêutico voltado para a reinserção social.

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, regulamentados pelas Portarias GM nº 336/02 e nº 189/02 do Ministério da Saúde, são unidades de saúde mental especializadas, comunitárias, que atendem pessoas com intenso sofrimento psíquico nos diferentes momentos e modalidades de suas necessidades; podendo ser voltados para crianças e adolescentes (CAPSi), adultos (CAPS I e CAPS II) ou pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e drogas (CAPS ad), e também ter funcionamento 24 horas, com leitos de retaguarda (CAPS III).

Para possibilitar a alta de pacientes para os quais a volta à família tornou-se impossível ou inadequada à reinserção social, foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), regulamentados pelas Portarias GM nº 106/00 (doc. 03) e 1.220/00 do Ministério da Saúde (doc. 07), que se constituem em moradias ou casas destinadas a cuidar de até 8 (oito) portadores de transtornos mentais. As residências terapêuticas são outra alternativa para

reabilitação das pessoas com transtornos mentais. Elas estão vinculadas ao CAPS, onde as pessoas recebem desde cuidados clínicos até atividades de reinserção social.

O financiamento dos serviços residenciais terapêuticos e do atendimento em CAPS é realizado com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, do Ministério da Saúde, de acordo com as Portarias nº 1220, de 07/11/2000 e nº 626, de 01/04/2002.

Assim, é dever do Ministério da Saúde (União) a articulação com os demais gestores do SUS (Estados-membros e Municípios) para substituição do modelo, que é realizado tanto na normatização do SUS, quanto na criação de incentivos financeiros para implantação da rede extra-hospitalar.

Vê-se que o Estado - entendido este termo em seu sentido lato - não tem cumprido com seu inalienável e intransferível dever de bem prestar um razoável serviço de saúde pública, permitindo que pessoas que deveriam ser beneficiadas com as políticas de desinstitucionalização, permaneçam segregadas em hospitais psiquiátricos, desprovidas do indispensável atendimento que seu caso exige, perdendo sua cidadania e individualidade.

### **5.3. Da Requisição de Serviços Públicos**

A Constituição Federal dispõe que ***“no caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano”*** (art. 5º XXV), competindo privativamente à União legislar sobre requisições civis e militares, em caso de iminente perigo e em tempo de guerra (art. 22, III).

Segundo Celso Antônio Bandeira de Mello, requisição *“é o ato pelo qual o Estado, em proveito de um interesse público, constitui alguém, de modo unilateral e autoexecutório, na obrigação de prestar-lhe um serviço ou ceder-lhe transitoriamente o uso de uma coisa in natura, obrigando-se a indenizar os prejuízos que tal medida efetivamente acarretar ao obrigado”* (Curso de Direito Administrativo, 19ª ed, Malheiros, São Paulo, 2005, p. 838).

Especificamente em matéria de saúde, a Lei 8.080/90, ao tratar das atribuições dos três entes federativos, estabeleceu que ***“para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização”*** (art. 15, XIII).

Por sua vez, o Decreto-Lei 4.812/42, legislação ainda em vigor conforme aponta a doutrina de José dos Santos Carvalho Filho (*Manual de Direito Administrativo*, 20ª ed, Lumen Juris, Rio de Janeiro, 2008, p. 731), estabelece que está sujeita à requisição ***“a ocupação dos hospitais com todo seu pessoal, instalações, dependências instrumentos e medicamentos”*** (art. 15, VIII).

Ante o arcabouço jurídico acima mencionado, deve-se concluir que a situação de descalabro administrativo e financeiro no qual se encontra o HCRB, resultando na prestação de um tratamento degradante aos pacientes que ali se encontram, conforme descrito na presente petição e comprovado pelos anexos relatórios de auditoria, configuram situação de calamidade pública e perigo iminente à saúde a permitir a requisição dos bens e do serviço prestado pelo HCRB, na forma prevista pelo art. 15, VIII, da Lei 8.080/90. Desta forma, o Poder Público poderá assumir a gestão do HCRB de forma temporária até a completa retirada dos pacientes que ali se encontram para os dispositivos extra-hospitalares previstos na Lei 10.216/01 a serem criados nos municípios de origem dos pacientes.

Neste momento, a manutenção do modelo de gestão privada adotado do primeiro TAC é inviável, pelo que intervenção no HCRB mediante a requisição de seus serviços aparece como a medida mais adequada. Assim, uma vez que tal medida seja determinada judicialmente, União, Estado do Rio de Janeiro e Município de Rio Bonito se verão obrigados a, sob a fiscalização do Poder Judiciário, formular plano de ação que permita seja gerenciado o HCRB, oferecendo condições mínimas de assistência e tratamento aos pacientes.

De forma concomitante, o Poder Público também deverá ser impelido a apresentar plano contendo medidas concretas da alçada de competência de cada ente federativo visando a instalação da rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental.

Ressalte-se que a manutenção da gestão privada no HCRB impede inclusive o direcionamento dos esforços do Ministério Público visando a apuração completa da prática de ato de improbidade administrativa por parte do HCRB, seus proprietários e os gestores públicos envolvidos.

O Poder Judiciário já vem atuando nesse sentido em caso semelhante ocorrido em Paracambi-RJ, no qual, em condições de tratamento semelhantes às aqui tratadas, chegaram a ficar internados mais de 1000 pacientes na Casa de Saúde Dr. Eiras. Nesse sentido, tramita na 2ª Vara Federal da Seção Judiciária do Rio de Janeiro a Ação Civil Pública nº 2002.51.01.003100-0 com sentença proferida em 2009 em sentido procedente para determinar que a União, o Estado do Rio de Janeiro e o Município de Paracambi apresentassem plano de transferência dos pacientes que ainda estavam ali internados a concluir-se no prazo de um ano, dotando-se a população dos serviços de assistência em saúde mental extra-hospitalar suficientes para atender àquela clientela. Ocorre que, decorrido o prazo estipulado, muito pouco tinha sido feito pelos entes públicos, motivo pelo qual o Ministério Público Federal requereu a execução provisória da sentença pleiteando, na forma do art. 461 do CPC, a concessão das medidas necessárias para assegurar a eficácia da decisão. Em atendimento ao pleito ministerial, passaram a ser realizadas audiências periódicas nas quais os entes públicos requeridos, cobrados a cumprir o mandamento judicial, se colocam na obrigação de dialogar e efetivar as medidas necessárias para tanto. Nesse sentido, conforme sentença e atas anexas (**Documento 38**), estão sendo realizadas audiências periódicas nas quais as dificuldades para execução da política antimanicomial são expostas, articulando-se perante a Justiça uma solução, uma vez que extrajudicialmente o Poder Executivo também não se mostrou capaz de agir sem a intervenção do Ministério Público e do Poder Judiciário. No caso relatado, ressalte-se que, após a propositura da ação civil pública, houve decretação (Decretos nº 1.209/2004 e 1.274/2004) de intervenção na Casa de Saúde Dr. Eiras.

## **6. DO DANO MORAL COLETIVO**

Conforme exhaustivamente exposto, dúvidas não há quanto ao intenso sofrimento físico e psicológico causado aos pacientes do HCRB pelo degradante tratamento ao qual vem sendo submetidos ao longo dos últimos anos.

Este sofrimento é causador de um inegável dano moral de natureza coletiva, na medida em que atinge o sentimento coletivo de dignidade dos próprios pacientes, de suas famílias e da sociedade fluminense, violando os valores por ela compartilhados e causando danos aos seus atributos íntimos como a honra, a imagem e sua identidade enquanto pessoa.

Conforme leciona Sérgio Cavalieri Filho, **“o dano moral, à luz da Constituição vigente, nada mais é do que a violação do direito à dignidade. E foi justamente por considerar a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra, da imagem corolário do direito à dignidade que a Constituição inseriu em seu art. 5º, I e X, a plena reparação do dano moral.”** (Programa de responsabilidade Civil, 3ª ed., Ed. Malheiros, 2002, p. 85)

O dano moral coletivo se assenta, exatamente, na agressão a bens e valores jurídicos que são inerentes à toda a coletividade, de forma indivisível. Fatos como os que foram praticados pelos requeridos, abalam o patrimônio moral da coletividade, pois, no caso, todos os pacientes, a que o ordenamento jurídico conferiu especial proteção na condição de portadores de transtornos mentais, acabam se sentindo ofendidos e desprestigiados diante do tratamento excludente a estes conferidos pelo Poder Público e pelo HCRB.

Assim, entende o Ministério Público que os danos morais coletivos advindos das intempéries do lento processo de desinstitucionalização do HCRB devem ser devidamente reparados pelos requeridos, considerando sua responsabilidade advinda das normas constitucionais e civis que, de forma ampla, regulam a matéria.

## **6. DA ANTECIPAÇÃO DOS EFEITOS DA TUTELA**

Diante de todos os elementos colhidos, já é permanente a situação de dano irreparável à situação dos pacientes do HCRB, que urge cessar-se urgentemente, na forma do art. 273 do CPC, aplicável subsidiariamente às ações civis públicas.

O *fumus boni iuris* é evidente na hipótese em tela, tendo em vista todos os argumentos de fato e de direito expostos ao longo desta petição, que demonstram a obrigação do Estado em prestar tratamento de saúde condigno e efetivo às pessoas portadoras de transtorno mental.

O *periculum in mora*, por sua vez, se evidencia diante do fato de que a cada dia os gestores do SUS estão deixando correr uma dívida social e jurídica pelo desatendimento de todos os casos de saúde mental que necessitam de tratamento especializado no Estado do Rio de Janeiro, dívida essa que está sendo feita em nome do Município de Rio Bonito, em detrimento do Sistema Único de Saúde, da população local, dos recursos federais que estão tendo mau uso, tudo em absoluto descumprimento de praticamente todos os deveres do Poder Público para com a saúde mental.

Os fatos relatados na presente petição e fartamente comprovados exemplificativamente nos documentos anexos a esta peça, originados de inquéritos civis que já somam dezenas de volumes, são prova mais do que suficiente para retratar uma situação de intensa degradação das condições de internação e assistência aos pacientes do HCRB, motivo pelo qual impõe-se a concessão de medida liminar nos termos abaixo requeridos.

## **7. DOS PEDIDOS**

Pelas razões expostas, o Ministério Público Federal e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, **com amparo sobretudo no art. 461 e parágrafos do CPC**, requerem a decretação liminar das seguintes medidas:

1. **seja decretada a requisição de bens e do serviço público prestado pelo Hospital Colônia Rio Bonito, assumindo o Poder Público diretamente a gestão do nosocômio na forma de plano de ação a ser apresentado perante este juízo, no prazo de 15 (quinze) dias, em audiência de justificação a ser designada especialmente para este fim.** O plano de ação a ser submetido ao crivo deste juízo, com prazo de duração de 12 (doze) meses, prorrogáveis por iguais períodos até a efetiva retirada de todos os pacientes, deverá prever, pelo menos, as seguintes estipulações: a) manutenção de uma comissão tripartite formada por servidores com poder de decisão e representantes judiciais da União, do Estado do Rio de Janeiro e do Município de Rio Bonito até a transferência da totalidade dos pacientes hoje internados no HCRB; b) manutenção da contratação de equipe multidisciplinar para gerenciar clinicamente o processo; c) medidas necessárias para impedir a falta de qualquer tipo de insumo, infraestrutura ou equipamento necessário para manter uma atenção digna aos pacientes, sobretudo os relacionados ao fornecimento de alimentação, vestuário e remédios; d) previsão da forma de custeio, suportado pela União e pelo Estado do Rio de Janeiro, ficando a sua operacionalização preferencialmente a cargo do Município de Rio Bonito, na qualidade de gestor pleno; e) regime jurídico da prestação dos serviços a ser realizada pelos funcionários do hospital; f) medidas, baseado nos dados do censo psicossocial, a cargo da União e do Estado do Rio de Janeiro visando apoiar os municípios internantes para a implantação da rede extra-hospitalar necessária para receber os pacientes egressos do HCRB; g) apresentação de tomada de contas que determine o montante financeiro repassado ao HCRB nos últimos 05 (cinco) anos sem comprovação devida de sua utilização, de modo a que possa determinar restituição do valor apurado. Por fim, recomenda-se a estipulação de medidas suficientes ao acompanhamento do plano de ação por este juízo (sobretudo através da designação de audiências de acompanhamento com periodicidade regular, nos termos da experiência da 2ª Vara Federal da capital).

2. **em execução de título executivo extrajudicial (Cláusula 3.2 do TAC), seja determinado ao Município de Rio Bonito que conclua no prazo máximo de 30 (trinta) dias a reforma das duas enfermarias do HCRB cujas obras encontram-se paralisadas, realize os reparos necessários no maquinário existente no hospital, como frigoríficos, máquinas de lavar e fogões e adquira insumos duráveis como colchões, lençóis e cobertores, prestando-se contas dos R\$ 258.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) disponibilizados pela**

**União para tal fim;**

**3. em execução de título executivo extrajudicial (Cláusula 5.2.1 do TAC), seja determinado ao Município de Rio Bonito que apresente no prazo máximo de 30 (trinta) dias prestação de contas dos valores repassados pela União referentes às 400 (quatrocentas) autorizações para internação hospitalar (AIHs), especialmente em relação ao valor excedente ao número de pacientes internados, informando, nos casos de falta de repasse à administração do HCRB por não atingimento das metas estabelecidas, de que maneira utilizou tais recursos para suprir as necessidades emergenciais do hospital;**

**4. em execução de título executivo extrajudicial (Cláusula 3.5 do TAC) e com base nas informações contidas no censo psicossocial (CD 2), seja determinado que o Município de Rio Bonito, no prazo máximo de 120 (cento e vinte dias), conclua a construção de duas residências terapêutica para abrigamento de egressos do HCRB indicados para este tipo de dispositivo;**

**5. seja determinado que a União continue a repassar ao Município de Rio Bonito - pelo menos até a efetivação da requisição dos serviços do HCRB, nos termos previstos em plano de ação - valores referentes a 400 (quatrocentas) autorizações para internação hospitalar (AIHs);**

**6. seja determinado- pelo menos até a efetivação da requisição dos serviços do HCRB, nos termos previstos em plano de ação - que o Município de Rio Bonito, caso não repasse ao gestor privado os valores relativos à diferença entre as 400 AIHs e o número de pacientes efetivamente internados, forneça diretamente e de forma contínua todos os insumos necessários ao funcionamento do hospital, sobretudo alimentos, remédios, material de limpeza e manutenção em geral;**

**7. seja decretada a indisponibilidade dos bens em nome do Hospital Colônia Rio Bonito, bem como de seus sócios administradores, de fato e de direito, Nelson Cid Loureiro e Maria Luiza da Conceição Cid Loureiro, mediante a desconsideração**

de personalidade jurídica, na forma do art. 50 do Código Civil, tendo em vista a confusão patrimonial e o desvio de finalidade apurados em auditoria do Denasus;

8. **seja cominada multa diária de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para o caso de descumprimento da presente medida liminar, uma vez deferida, a ser revertida ao Fundo Nacional de Direitos Difusos;**

Em julgamento definitivo da lide, requer o Ministério Público:

9) **sejam confirmadas as medidas liminares, determinando-se o descredenciamento do HCRB ao SUS e o encerramento de suas atividades como hospital psiquiátrico mediante a remoção de todos os pacientes ali internados para dispositivos adequados às previsões contidas na Lei 10.126/01;**

10) **seja o Hospital Colônia de Rio Bonito condenado a restituição ao Poder Público de todo o montante recebido na condição de conveniado ao SUS nos últimos 5 (cinco) anos, nos termos apresentados em tomada de contas;**

11) **sejam os requeridos condenados ao pagamento de danos morais coletivos em valor a ser estipulado por este juízo.**

Requer ainda a citação dos requeridos nos endereços declinados para querendo contestar o pedido, o qual espera e requer seja julgado procedente. Na oportunidade, protesta por todos os meios de prova em direito admitidos, especialmente pela produção de prova documental anexa à presente, estando o teor completo dos inquéritos civis que instruem a presente petição à disposição das partes e deste juízo.

Dá-se à causa o valor de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais).

Rio de Janeiro, 28 de novembro de 2011.

