

Peças

• • •

AÇÃO CIVIL PÚBLICA

2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva do Núcleo Teresópolis

Ref.: MPRJ 2021.01009227

MEMENTO: Ação Civil Pública. Saúde. Pessoa com Deficiência. Rede de Atenção Psicossocial. Contratualização. Leitos de retaguarda de saúde mental. Recusa Imotivada. Boa-fé objetiva e deveres anexos. Convenção sobre o Direito das Pessoas com Deficiência (CDPD).

EXMO. SENHOR JUIZ DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESÓPOLIS/RJ,

O Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, inscrito no CNPJ sob o nº 28.305.936/0001-40, com fundamento no artigo 129, inciso II e III, da Constituição Federal, e na Lei Federal n. 7.347/85, com base nas informações existentes no(s) inquérito(s) civil(is) epigrafados propõe a presente

AÇÃO CIVIL PÚBLICA

em face de:

MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ sob o n. 29.138.369/0001-47, com sede na Avenida Feliciano Sodré, n. 675, Teresópolis/RJ, CEP 25.955-670;

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS COSTANTINO OTTAVIANO, inscrito no CNPJ sob o n. 32.190.092/0003-78, com sede na Avenida Delfim Moreira, n. 2211, Vale Paraíso, Teresópolis/RJ, CEP 25.976-016;

HOSPITAL SÃO JOSÉ – ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO DE SANTA CARATINA, inscrito no CNPJ sob o n. 60.922.168/0001-77, com sede na Rua Judite Maurício de Paula, n. 40, Lucas, Teresópolis/RJ, CEP 25.964-220;

BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE TERESÓPOLIS, inscrita no CNPJ sob o n. 32.185.605/0001-90, com sede na Avenida Delfim Moreira, n. 798, Várzea, Teresópolis/RJ, CEP 25.953-236.

O CASO

Resumo

O MPRJ em atuação conjunta com a DPRJ firmou *termo de ajustamento de conduta* com o Município de Teresópolis em 30/11/2021, que contém 03 (três) EIXOS-OBJETIVOS:

1. *A ampliação da Rede de Atenção Básica;*
2. *A adequação da Rede de Atenção Psicossocial aos parâmetros normativos e às cláusulas estabelecidas (a Rede de Atenção Psicossocial pode ser dividida em 03 Eixos Estratégicos de atuação: Álcool e Drogas, Desinstitucionalização e o Central. Por sua vez, o Eixo Central é formado pelos pontos de atenção: Psicossocial, Hospitalar e Básica, que possuem intersecções importantes em termos de ações e serviços, sendo a integração desses pontos condição *sine qua non* para o efetivo funcionamento da RAPs, dentro de uma perspectiva clínica ampliada¹);*
3. *A promoção da desinstitucionalização de seus municípios em longa internação psiquiátrica nas Clínicas Santa Lúcia e Santa Mônica.*

Uma das cláusulas do referido compromisso prevê a necessidade de revisar a contratualização de 4 (quatro) leitos de saúde mental – chamados de *leitos de retaguarda ou leitos de crise* – em hospital geral conveniado da cidade para atendimento da população local, inclusive infantojuvenil, cujo prazo para atendimento era até 31/12/2021.²

Decorridos mais de 06 (seis) meses da data limite prevista no TAC a contratualização dos leitos de retaguarda não foi feita, estando o município de Teresópolis sem leitos para gerir as situações de crise, permanecendo o paciente ou na UPA ou em clínicas privadas com ordem judicial que determina o custeio da internação pelo município.³

¹ Para uma visão geral da reforma psiquiátrica confira-se: DELGADO, Pedro Gabriel Godinho e outros. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In MELLO, Marcelo Feijó (Organizador). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Editora Artmed, 2007. Também vale a referência (pelo caráter histórico) ao texto: SCHECHTMAN, Alfredo e outros. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. Disponível in AMARANTE, Paulo e outros. *Psiquiatria Social e reforma Psiquiátrica*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

² Considerando a Portaria GM/MS nº 148/2012, os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (“padrão ouro” no cuidado hospitalar psiquiátrico/integral) são previstos numa proporção de 1 leito para cada 23 mil habitantes, num mínimo de 04 leitos. Assim, para a população de Teresópolis, seriam indicados 08 (oito) Leitos de Saúde Mental, 04 (quatro) com previsão de inclusão em futuro CAPs III e 04 (quatro) em hospital geral. O item 3.2 do TAC faz menção à Beneficência Portuguesa visto que na época era a unidade indicada pelo município para a pactuação dos leitos.

³ As ações são ajuizadas ora pela Promotoria de Justiça de Infância e Juventude, ora pela Promotoria de Justiça de Família e, às vezes, pela Defensoria Pública do Estado, sendo distribuídas, conforme o caso, entre as Varas Cíveis ou na Vara da Infância e Juventude.

Os leitos de retaguarda

A contratualização de leitos de retaguarda com um dos três hospitais integrantes do polo passivo é a melhor opção para a disponibilização desse serviço, uma vez que o município não conta com hospital próprio e a demanda para atendimento dos pacientes psiquiátricos com comorbidades clínicas não será suprida pelo futuro CAPs III.⁴

Os leitos de retaguarda possuem dois objetivos gerais, sendo o primeiro possibilitar que o paciente com transtorno mental seja avaliado por equipe multidisciplinar em hospital geral, não sendo incomum que comorbidades clínicas descompensadas deem causa a quadros psiquiátricos; já o segundo objetivo é proporcionar o tratamento médico na base territorial do paciente, com o apoio dos demais equipamentos da RAPs – como o CAPs –, evitando a internação do paciente em clínicas psiquiátricas, como a Santa Lúcia e Santa Mônica, ambas com a “porta de entrada” fechada pelo ERJ para novos pacientes.

Numa primeira análise, poder-se-ia imputar a ausência de leitos de retaguarda à omissão do município, mas esta não é toda a verdade. A inexistência dos citados leitos se deve, também, à *negativa injustificada* por parte dos hospitais particulares já conveniados ao SUS e réus nesta ação judicial em aceitar pacientes “classificados como psiquiátricos”, mesmo com comorbidades clínicas já atendidas pelas unidades réus nos leitos conveniados ao SUS.

O Ministério Público acompanhou de perto as tentativas de contratualização realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde junto às unidades de saúde local conveniadas, havendo recusa por todas elas, que apontaram genericamente (i) inexistência de ala psiquiátrica específica na unidade; (ii) falta de expertise específica; (iii) inexistência na unidade de RH voltado para atendimento de pacientes *em surto*.

Entretanto, as razões citadas são injustificadas visto que:

- (i) não é necessária nenhuma ala específica para receber esses novos pacientes, bastando espaço mais reservado para os leitos de retaguarda que poderão funcionar junto aos demais leitos clínicos;⁵

⁴ O CAPs III é o equipamento da RAPs que disponibiliza leitos clínicos, porém não se destina ao atendimento de pacientes com quadros psiquiátricos associados à comorbidades clínicas descompensadas, tais como como intoxicação aguda por drogas, quadros orgânicos demenciais, infecções em idosos, neoplasias. Vale citar que o município desapropriou um terreno onde será construído o CAPs III, tramitando o caso nos autos nº 0003197-03.2022.8.19.0061.

⁵ Observe-se que Portaria MS nº 148/2012 que rege o tema não fala em “ala específica”. Há a menção a espaço próprio, porém apenas para os casos nos quais o paciente for criança e adolescente em razão do acompanhante previsto em lei. *Verbis*:

Art. 6º A configuração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará os seguintes parâmetros: I - no caso de até 10 (dez) leitos implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas poderá funcionar em:

a) leitos de clínica médica qualificados para o atendimento destinado a pessoas adultas em sofrimento ou

(ii) não é necessária expertise específica para atender novos pacientes, visto que eles possuem, na grande maioria dos casos, comorbidades clínicas já atendidas pelas unidades, não podendo haver recusa de pacientes em razão de raça, gênero, orientação sexual ou deficiência;

(iii) as equipes atuais de RH das unidades já atendem às questões de saúde mental nos seus pacientes, bastando imaginar os casos de depressão, ansiedade e tentativas de suicídio, por exemplo, sendo certo que a equipe técnica do CAPs acompanhará as eventuais internações de forma articulada;

(iv) os novos pacientes sempre fariam o primeiro atendimento no CAPs ou na UPA, seriam estabilizados na UPA e só entrariam nas unidades conveniadas após essa triagem/primeiro atendimento;

(v) Nos quadros exclusivamente psiquiátricos, a eventual internação mais prolongada se daria no CAPs III, porém, havendo comorbidade clínica associada ao quadro psiquiátrico, a internação se daria em leito de retaguarda de hospital geral, mesmo após a construção do CAPs III.

O estigma

Ao que parece, a razão da recusa é o estigma e o preconceito das unidades em relação ao paciente taxado de “psiquiátrico”, apontando-se genericamente (e indevidamente) o risco de *surtos* ou a necessidade de se alocar essa pessoa em local especializado como restrições à prestação do serviço de saúde a este grupo social. O estigma⁶ e o preconceito ficam claros quando se observa que um paciente oncológico, ortopédico ou cardíaco, mas com quadro psiquiátrico de bipolaridade controlada, por exemplo, seria atendido nos leitos gerais das citadas unidades. Mas se o mesmo paciente tivesse sido atendido inicialmente no CAPs pelo seu quadro bipolar e encaminhado para a unidade geral em razão de comorbidade oncológica, buscando o leito que ora se pretende contraturalizar, ele não seria atendido na unidade.

transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; ou b) leitos de pediatria qualificados para o atendimento destinado a crianças e adolescentes em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas;

II - no caso de mais de 10 (dez) leitos implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas funcionará em enfermaria especializada destinada ao atendimento de pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Parágrafo único. Os leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas destinados ao atendimento de crianças e adolescentes deverão estar sempre localizados em espaço próprio, resguardando-se o direito à permanência de acompanhante em tempo integral.

⁶ A literatura sobre estigmas sociais vai muito além do Direito e muito além dos pacientes de saúde mental, mas sobre essa população específica e sua estigmatização, vale a referência ao livro: MEDEIROS, Cristiano Carrilho Silveira. *Saúde mental e o direito: Ensaio em homenagem ao professor Heitor Carrilho*. São Paulo: Editora Método, 2004.

O estigma sobre os pacientes de saúde mental advém de caldo cultural que mistura conceitos clínicos antiquados, desconhecimento da legislação em vigor e muito, muito preconceito. O combate ao preconceito é de fermentação lenta, exigindo esforço constante; a legislação brasileira é bastante garantidora, como veremos mais a frente, sendo a recusa injustificada violadora das normas constitucionais de garantia de acesso à saúde e proteção das pessoas com deficiência, grupo do qual são integrantes as pessoas com deficiência mental, conforme Convenção sobre o Direito das Pessoas com Deficiência (CDPD); e o famoso risco de *surto*, citado por profissionais de saúde para impressionar os demais atores sociais e recusar esses pacientes, pode ser descascado e mais bem compreendido.

Quem tem medo do *surto*?

A ideia de *surto* e a sua apresentação mais comum que é a agitação psicomotora precisam ser analisados mais detidamente. A porta de entrada de urgência e emergência com leitos de saúde mental contratualizados em hospitais gerais destina-se a *enxergar* o “surto” de forma mais qualificada, visto que parte considerável das pessoas que são tratadas como em “surtos psiquiátricos” possuem quadros clínicos descompensados (independentemente de serem pacientes psiquiátricos prévios ou não) como intoxicação aguda por drogas, quadros orgânicos demenciais, infecções em idosos,⁷ neoplasias.

O atendimento desses pacientes nos leitos de retaguarda dos hospitais gerais – após a estabilização na UPA – pretende qualificar a análise do paciente por meio de avaliação clínica mais completa, permitindo diagnóstico de exclusão que identifique se a agitação psicomotora se deve à comorbidade clínica associada, hipótese onde a internação se dará no leito de retaguarda do hospital geral, ou se em razão de quadro exclusivamente psiquiátrico onde eventual internação mais prolongada se dará no CAPs III.

Um fluxo possível

O fluxo poderia ser pactuado da seguinte forma: O paciente com quadro psiquiátrico seria atendido pelo CAPs. Havendo alguma agitação psicomotora ele poderia ser encaminhado para a UPA para primeira avaliação e estabilização de 24 horas. Se o paciente estiver bem clinicamente e a agitação psicomotora for transitória, ele seria medicado e liberado, podendo seguir seu acompanhamento no CAPs. Havendo alguma descompensação clínica associada que indicasse a internação no leito de estabilização no hospital geral, o CAPs participaria do processo de tomada de decisão passando a acompanhar o paciente no leito de retaguarda, tudo de forma articulada, não havendo necessidade de temor por parte da equipe de RH do hospital geral.

⁷ Sobre envelhecimento, comorbidades e quadros psiquiátricos, confira-se: LAKS, Jerson e outros. Epidemiologia dos transtornos mentais em idosos e a utilização dos serviços por esta população. In MELLO, Marcelo Feijó (Organizador). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Editora Artmed, 2007.

É importante dizer que o município recebeu do Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2021, por meio do COFI-RAPS,⁸ o valor de R\$ 203.474,00 (duzentos e três mil, quatrocentos e setenta e quatro reais) e, no ano de 2022, estima-se o recebimento de R\$ 234.778,58 (duzentos e trinta e quatro mil, setecentos e setenta e oito reais e cinquenta e oito centavos), valores que podem ser utilizados para o faturamento dos leitos de retaguarda até que se efetive o credenciamento destes junto ao ERJ, não havendo riscos financeiros para as unidades conveniadas.

Casos individuais ocorridos em Teresópolis que evidenciam o drama humano causado pela ausência de leitos de crise na RAPs

A adolescente Jeniffer Letícia de Souza Carvalho, com histórico de drogadição e automutilação, foi internada na Clínica Espaço Village, em Guapimirim, no dia 29/03/2022. A internação se deu por ordem judicial⁹ em ação ajuizada para que o município custeasse a internação em clínica privada, visto que não havia leitos de retaguarda no município. No dia 09/07/2022, após retornar de alta para a casa de seus pais, a adolescente se trancou no quarto e diante dos irmãos menores se suicidou ateando fogo em seu próprio corpo (juntamos os relatórios respectivos em anexos desta petição).

Não se pode imputar a responsabilidade pelo suicídio a ninguém, exceto à própria adolescente. Porém, o funcionamento insuficiente da RAPs, a internação fora de Teresópolis longe dos familiares, a falta de leitos de crise em unidades gerais, são concausas que colaboram para tragédias individuais.¹⁰

O paciente Fábio Vieira Rodrigues, internado em 06/02/2022 com diagnóstico de covid-19, pancreatite crônica agudizada e pneumonia bacteriana, foi transferido do Hospital São José, em Teresópolis, para o Hospital Municipal São José Rabello de Mello, em Guapimirim. No dia 13/02/2022 foi transferido para a enfermaria de clínica médica, ocasião em que foi solicitado acompanhamento da equipe saúde mental devido ao quadro de agitação psicomotora e crise de abstinência, tendo recebido alta hospitalar em Guapimirim no dia 23/02/2022 com indicação de transferência para a Beneficência Portuguesa para a conclusão do tratamento e reintegração familiar. Ocorre que a Beneficência Portuguesa se recusou a receber o paciente que continua até a presente data internado em leito de saúde mental no Município de Guapimirim,

⁸ COFI-RAPS é o programa de cofinanciamento, fomento e inovação da rede de atenção psicossocial do Estado do Rio de Janeiro, por meio do qual são repassados recursos financeiros do ERJ para os Municípios, destinados ao fomento e inovação dos de atenção da RAPs, podendo ser utilizado para custeio de leito de retaguarda, conforme Resolução SES 2429/2021.

⁹ A internação judicial foi determinada nos autos nº 0800702-50.2022.8.19.0061.

¹⁰ Sobre a epidemiologia dos suicídios e a relação deles com a saúde mental e a estruturação da RAPs, confira-se: Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. BOTEGA, Neury José e outros. Publicado in MELLO, Marcelo Feijó (Organizador). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Editora Artmed, 2007.

inviabilizando o desenvolvimento de ações de reaproximação familiar¹¹ (juntamos os relatórios respectivos em anexos desta petição).

COTEJAMENTO JURÍDICO

Na perspectiva do direito constitucional

A presente demanda tem como fundamento a especial proteção que deve ser garantida às pessoas com deficiência, dentre as quais se incluem o *adequado acesso aos serviços de saúde* e a *proibição de qualquer discriminação* baseada na deficiência.

O grande marco regulatório na questão do tratamento conferido às pessoas com deficiência foi a Convenção sobre o Direito das Pessoas com Deficiência (CDPD), consolidada na Resolução da ONU nº 61/16, de 13 de dezembro de 2006 e ratificada em 2009 no Brasil por meio do Decreto nº 6.949/2009, caracterizando-se como a primeira Convenção Internacional com equivalência de Emenda à Constituição. O texto dispõe que pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, *mental*, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Vale destacar que a CDPD e a Lei Brasileira de Inclusão incluíram no conceito de *“pessoa com deficiência”* as pessoas com transtornos mentais, nominando este tipo de deficiência como *“psicossocial”* ou *“mental”*.¹² Os leitos de saúde mental em hospital geral são componente essencial da porta de entrada da RAPS e *mecanismo efetivo de garantia de acessibilidade* das pessoas com deficiência ao serviço público de saúde.

A *recusa imotivada* dos hospitais em contratualizar leitos de saúde mental se transmuta em violação direta às normas constitucionais, uma vez que impede o acesso das pessoas com deficiência mental ao adequado atendimento médico hospitalar, configurando discriminação por motivo de deficiência e usurpação da cidadania¹³ desse grupo social. O art. 2 da CDPD indica que *“Discriminação por motivo de deficiência”*

¹¹ *“A equipe do CAPS Teresópolis tomou ciência deste caso a partir da equipe de Saúde Mental do CAPS de Guapimirim que tem problematizado a permanência desse paciente no leito de saúde mental uma vez que paciente não é munícipe de Guapimirim, necessitando assim que os cuidados sejam realizados em seu próprio território. (...) O CAPS tem trabalhado como norte o retorno familiar. Contudo, dada a situação de rompimentos de vínculos familiares, não acreditamos que esse retorno seja possível em curto ou médio prazo por vários motivos. Fabio necessita de auxílio/estímulo para atividades de vida diária como almoçar, caminhar e ações de higiene como descrito em laudo médico em anexo. Sua rede familiar se encontra precarizada e não pode funcionar como rede de suporte nesse momento. Acreditamos que, dada a necessidade de receber de volta esse paciente, as questões clínicas acima expostas o lugar que melhor acolheria a necessidades de Fabio seria Beneficência Portuguesa com concomitante tratamento em saúde mental pelo CAPS de Teresópolis”* – relatório psicossocial em anexo.

¹² Art. 2º, Lei n. 13.146/2015. Verbis: *“Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.”*

¹³ Sobre a cidadania usurpada confira-se: AMARAL, Teresa Costa. INSTITUTO BRASILEIRO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. *Inclusão social da pessoa com deficiência: medidas que fazem a diferença*. 1ª edição. Rio de Janeiro: IBDD, 2008.

significa qualquer segregação,¹⁴ exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro, prevendo o art. 25, que “os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero”.

Na perspectiva do direito civil

Sim, o presente caso não se amolda aos ditames do direito consumerista, nem tampouco poderia ser classificado de forma segura dentre aqueles de direito privado. Porém, isso não impede a reflexão sobre os limites da autonomia da vontade dos réus, nem sobre a boa-fé objetiva como diretriz ética das relações contratuais, muito menos impede o diálogo de fontes dos intérpretes, afinal este caso está na fronteira entre o direito público e privado.¹⁵

Embora o princípio da boa-fé objetiva não esteja previsto expressamente na Constituição, pode-se extraí-lo do Texto Maior seja buscando ancoradouro na ideia de Estado Democrático de Direito, seja no princípio da dignidade da pessoa humana, buscando a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

O Código Civil de 2002 rompeu com a lógica individualista do texto de 1916 adotando as ideias de sociabilidade, eticidade e operabilidade, permitindo a adequação das relações sociais em conformidade com os valores constitucionais. A boa-fé objetiva institui deveres anexos pré-contratuais e pós-contratuais, incorporando aos contratos uma verdadeira camada ética oriunda do processo de constitucionalização do direito privado.¹⁶

O princípio da boa-fé torna exigíveis comportamentos éticos derivados das ideias de lealdade, cooperação, equidade, cujo conteúdo é construído a partir das circunstâncias do caso concreto, não sendo um estado psicológico subjetivo, mas sim

¹⁴ Sobre a segregação das pessoas com deficiência, confira-se: TOMASINI, Maria Elisabete. Expatriação social e a segregação institucional da diferença: reflexões. In BIANCHETTI, Lucídio e outros. *Um olhar sobre a diferença*. 4ª edição. São Paulo: Editora Papirus, 2001.

¹⁵ Sobre a dificuldade de individuação das fronteiras entre direito público e privado e a crise desta distinção, defendendo que a unidade do fenômeno social exige o estudo de cada instituto nos seus aspectos ditos privatísticos e publicísticos, confira-se: PERLINGIERI, Pietro. Traduzido por Maria Cristina de Cicco. *Perfis do direito civil: introdução ao direito civil constitucional*. 2ª edição. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Renovar, 2002, p. 52-53.

¹⁶ A literatura que estuda a principiologia do Código Civil e a constitucionalização do direito privado é vastíssima. Por todos citamos (em homenagem pela dedicação ao tema): TEPEDINO, Gustavo. *Temas de direito civil*. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

dever de conduta contratual ativo,¹⁷ capaz de criar deveres jurídicos frutos de uma obrigação compreendida de forma dinâmica, como um processo.¹⁸

A recusa imotivada em aceitar a contratualização dos leitos não está dentro dos limites da liberdade de contratar¹⁹ e viola a boa-fé nos deveres anexos (ou instrumentais) de proteção e cooperação que satisfazem função social do contrato, protegendo as pessoas e a sociedade como um todo, não sendo absurdo considerar a presente recusa imotivada como abuso de direito.²⁰

Na perspectiva do direito administrativo

No direito administrativo, o princípio da boa-fé “é geralmente caracterizado como uma das vigas mestras do Estado de Direito. É ela, ao lado da legalidade, um dos subprincípios integradores do próprio conceito de Estado de Direito”.²¹ A expansão da boa-fé objetiva eticiza as relações jurídicas, espalhando sua incidência também para o direito público como subprincípio da moralidade administrativa.²²⁻²³

Apesar das diferenças entres os contratos de direito privado e direito público, o dever de probidade e comportamento segundo a boa-fé objetiva entre as partes são aspectos comuns, conforme preceitua o art. 422 do Código Civil aplicável aos contratos administrativos pela janela ética da regra do art. 54 da Lei n. 8.666/93²⁴ e art. 89 da Lei n. 14.133/2021²⁵ que autorizam a aplicação aos contratos públicos dos princípios da teoria geral dos contratos.

¹⁷ Se manifestando especificamente no mesmo sentido: NEGREIROS, Teresa. *Teoria do contrato: novos paradigmas*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2006, p. 98. *Verbis*: “A boa-fé objetiva distancia-se da noção subjetiva, pois consiste num dever de conduta contratual ativo, e não em um estado psicológico experimentado pela pessoa do contratante.”

¹⁸ Sobre a tríplice função da boa-fé objetiva como (i) função hermenêutica/integrativa do contrato; (ii) função limitativa; e (iii) função criadora de deveres anexos, confira-se, por todos: NEGREIROS, Teresa. *Teoria do contrato: novos paradigmas*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2006, p. 84; sendo certo que a origem da delimitação da função tripartida é atribuída à Franz WACKER.

¹⁹ Sobre os limites da liberdade de contratar diante do conjunto da ordenação social, como sinal da erupção do direito social no direito privado clássico, confira-se: WIEACKER, Franz. Traduzido por A. M. Botelho Hespanha. *História do direito privado moderno*. 2ª edição. Fundação Calouste Gulbenkian, p. 633.

²⁰ Sobre o tema, confira-se: MODENESI, Pedro. A relação entre o abuso do direito e a boa-fé objetiva. *Revista Direitos Fundamentais & Democracia*. Unibrazil. 2010.

²¹ COUTO E SILVA, Almiro do. O Princípio da segurança jurídica (proteção à confiança) no direito público brasileiro: o direito da administração pública de anular seus próprios atos administrativos: o prazo decadencial do art. 54 da lei do processo administrativo da União (Lei nº 9.784/99). *Revista Eletrônica de Direito do Estado*. Salvador, número 2 – abril/maio/junho de 2005, 48.

²² Sobre o alastramento da boa-fé objetiva também para os contratos de direito público, confira-se: GODOY, Claudio Luiz Bueno de. *Função social do contrato*. São Paulo: Saraiva, 2004.

²³ Sobre a boa-fé objetiva como subprincípio da moralidade administrativa, confira-se: SOUZA, Márcio Luís Dutra de. O princípio da boa-fé na administração pública e sua repercussão na invalidação administrativa. In: *Âmbito Jurídico*. Rio Grande, XV, n. 101, jun. 2012.

²⁴ Art. 54. “Os contratos administrativos de que trata esta Lei regulam-se pelas suas cláusulas e pelos preceitos de direito público, aplicando-se-lhes, supletivamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.”

²⁵ Art. 89. “Os contratos de que trata esta Lei regular-se-ão pelas suas cláusulas e pelos preceitos de direito público, e a eles serão aplicados, supletivamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.”

PEDIDOS E OBJETIVOS

Nos termos e fundamentos apresentados, pugna o Ministério Público:

1. Citação dos réus;
2. A designação de audiência especial presencial destinada a realização de acordo para a solução da lide de maneira célere e consensual;
3. Procedência do pedido para determinar que cada unidade de saúde disponibilize/contratualize com o município 02 (dois) leitos de saúde mental;
4. A intimação do Estado do Rio de Janeiro para realizar o credenciamento dos 02 (dois) leitos de saúde mental em cada um dos hospitais, uma vez que já esgotado o prazo regular para tanto;

Por último, requieiro:

- I. Que as intimações do MPRJ sejam feitas pessoalmente e no endereço eletrônico que consta do rodapé desta peça;
- II. Condenação das unidades de saúde réus nos ônus de sucumbência, os quais deverão ser revertidos para o Fundo Especial do Ministério Público, criado pela Lei Estadual nº 2.819/97 e regulamentado pela Resolução GPGJ nº 801/ 98;
- III. A dispensa do pagamento de custas, emolumentos e outros encargos, desde logo, à vista do disposto no art. 18, da Lei nº. 7.347/1985 e do art. 87 da Lei n. 8078/90.

Para a comprovação dos fatos protesto pela produção de todas as provas que se fizerem pertinentes, inclusive o depoimento pessoal dos diretores dos citados hospitais, e informo que acostei aos autos o ICs 2021.01009227, bem como seus anexos, que serviram de base para a presente ação.

Informo que acompanha a inicial *resumo em uma página* para facilitar o entendimento geral do caso e a leitura rápida daqueles que vierem a acessar os presentes autos.

Dou à causa o valor de R\$ 1.000,00 (mil reais).

Teresópolis,

FABIO MIGUEL DE OLIVEIRA

Promotor de Justiça
Mat. 4000

RAFAEL LUIZ LEMOS DE SOUSA

Promotor de Justiça
Mat. 3986